

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA CUNHA COELHO

GESTÃO DO CUIDADO DA TUBERCULOSE: INTEGRANDO UM HOSPITAL DE
ENSINO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CURITIBA

2014

ANA PAULA CUNHA COELHO

GESTÃO DO CUIDADO DA TUBERCULOSE: INTEGRANDO UM HOSPITAL DE
ENSINO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre Profissional em Enfermagem, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profª Drª Liliana Müller
Larocca

CURITIBA

2014

Coelho, Ana Paula Cunha

Gestão do cuidado da tuberculose: integrando um hospital de ensino à atenção primária à saúde / Ana Paula Cunha Coelho – Curitiba, 2014.
130 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Liliana Müller Larocca
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2014.

Inclui bibliografia

1. Tuberculose. 2. Enfermagem. 3. Saúde pública. 4. Integralidade em saúde.
5. Gestão em saúde. I. Larocca, Liliana Müller. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.

CDD 616.995

TERMO DE APROVAÇÃO

ANA PAULA CUNHA COELHO

GESTÃO DO CUIDADO DA TUBERCULOSE: INTEGRANDO UM HOSPITAL DE ENSINO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



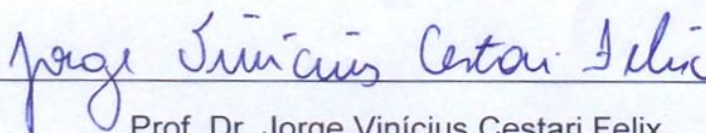
Prof.ª Dr.ª Liliana Müller Larocca

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Prof.ª Dr.ª Elizabeth Bernardino

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Prof. Dr. Jorge Vinícius Cestari Felix

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Dedico esse trabalho a todos os que acreditam que os sonhos são o futuro da realidade de quem tem foco, disciplina e dedicação.

O impossível só existe até alguém o realizar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus imensamente pela dádiva da vida e pela graça de poder desfrutá-la entre pessoas maravilhosas.

A meus pais, que além de exemplo se traduzem em força e incentivo, não apenas nesse momento mas desde que abri meus olhos pela primeira vez.

Ao amor da minha vida, alguém muito melhor do que todos os meus sonhos, pela colaboração e paciência em todos os momentos de estudo e pela parceria na caminhada da vida.

À Professora Dr.^a Liliana M. Larocca, grande orientadora, fundamental para que esse momento se efetivasse.

Muito obrigada!

Todavia, como está escrito:

"Olho nenhum viu, ouvido nenhum ouviu,
mente nenhuma imaginou o que Deus preparou
para aqueles que o amam";

1 Coríntios 2:9

RESUMO

Mesmo diante de inúmeras estratégias para o controle da tuberculose, os indicadores desse agravo ainda preocupam e apesar da importante redução dos casos na última década, os índices de abandono persistem como um desafio. Portanto, percebe-se uma insuficiência nos atuais programas de saúde voltados ao seu controle, necessitando de novas estratégias no combate de uma doença que aflige a humanidade há tanto tempo. Esse estudo de cunho qualitativo, exploratório e intervencionista, com dados coletados entre março e maio de 2014, teve como objetivo propor um modelo de Gestão do Cuidado da Tuberculose no momento da alta hospitalar para integrar um Hospital de Ensino à Atenção Primária à Saúde (APS) do município em que está localizado, buscando promover maior adesão ao tratamento. Tendo como referencial teórico e metodológico a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPEsc), foram desenvolvidas as três primeiras etapas propostas pela autora da teoria – captação e interpretação da realidade objetiva e construção do projeto de intervenção. As duas primeiras etapas foram desenvolvidas por meio de duas perspectivas: uma com a utilização de dados secundários provenientes do Serviço de Epidemiologia Hospitalar, compondo uma série histórica de cinco anos dos casos de tuberculose atendidos no hospital e outra por meio de entrevistas não estruturadas com informantes-chave. Foram dezessete participantes selecionados, sendo três enfermeiros do hospital, nove enfermeiros da APS e cinco usuários em tratamento de tuberculose pós alta hospitalar. As informações provenientes dos dados secundários e das entrevistas foram analisadas separadamente utilizando as dimensões estrutural, particular e singular propostas por Egry (1996) como categorias analíticas. Constatou-se que a população atendida no hospital cenário do estudo apresenta as formas mais agravadas da doença, co-infecção com HIV e vulnerabilidade social. Nos discursos dos enfermeiros ficou evidente a fragilidade nos padrões e protocolos voltados ao cuidado do doente de tuberculose, a insuficiente integração entre os níveis de atenção e o reconhecimento da necessidade de comunicação direta entre os enfermeiros do hospital e da APS para a condução do tratamento desse agravo. Na fala dos usuários se destacou o escasso contato deles com o enfermeiro do hospital, além da necessidade de educação em saúde e de ações direcionadas às suas singularidades. Diante dessa realidade objetiva foi proposto um modelo de Gestão do Cuidado que se traduz em um fluxo de atendimento adequado ao usuário internado com tuberculose, apresentando o enfermeiro do Serviço de Epidemiologia como apoio matricial e o enfermeiro da unidade de internação como condutor do caso responsável pela consulta de enfermagem na alta hospitalar e o contato direto com o enfermeiro da APS para comunicação do caso e pré-agendamento de consulta para o usuário que está recebendo a alta. Acredita-se que com a implantação desse modelo poderá haver integração entre os níveis de atenção, possibilitando melhora no planejamento e condução do acompanhamento do doente de tuberculose, suprimindo suas necessidades em saúde de forma adequada, com maiores probabilidades de adesão ao tratamento e conseqüente redução dos índices de abandono.

Palavras-chaves: Tuberculose. Enfermagem. Saúde Pública. Integralidade em Saúde. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Even with numerous strategies to control tuberculosis, the indicators of this condition still care. Despite the significant reduction in cases over the past two decades, dropout rates remain a challenge. Therefore, there is a perceived inadequacy in the current health programs aimed at their control, requiring new strategies to combat a disease that afflicts mankind so long. This study has a qualitative, exploratory and interventionist nature, and had the objective of propose a model of Care Management of Tuberculosis at the time of Hospital Discharge to integrate a Teaching Hospital to Primary Health Care (PHC) in the municipality where it is located, seeking to promote greater adherence to treatment. Grounded by the Theory of Praxis Intervention Community Health Nursing (TIPESC) , the first three steps proposed by the author of the theory were developed - capture and interpretation of the objective reality and construction of the project intervention in objective reality . The first two steps were developed through two perspectives: one with the use of secondary data from the database of the Department of Hospital Epidemiology, composing a five-year time series of TB cases treated at the hospital and another in interviews unstructured with key informants. Seventeen participants were selected, three nurses from hospital, nine nurses from PHC and five users in treatment of tuberculosis after hospital discharge. The information from the interviews and secondary data were analyzed separately using the dimensions proposals for Egry (1996) (structural, particular and singular) as analytic categories. It was found that the population treated in this hospital presents the most aggravated forms of the disease, a lot of co-infection with HIV and social vulnerability. Speeches of the nurses leave in evidence the fragility in standards and protocols aimed at care to tuberculosis patients, the disintegration between levels of care and the acknowledgement of the need for direct communication between the hospital and the nurses PHC to conduct the treatment of this disease. In the user's speech was perceived the restricted contact with their nurses at the hospital, the need for health education and actions directed at their singularities. Established this objective reality we proposed a model of Care Management that consists an adequate flowchart to listen the hospitalized with tuberculosis, presenting the nurse of the Department of Epidemiology as the matrix support and the nurse of the wards as conductor of the case, that has the responsibility of nursing consultation in the hospital and the directed contact with the nurses from PHC, where they'll communicate the case and pre-scheduling nursing consultation to the user that is getting high. It is believed that with the implementation of this model will be integration between levels of care, which enables improved planning and conducting the monitoring of tuberculosis patients, meeting their health needs adequately, with higher odds of adherence to treatment and consequent reduction in dropout rates.

Keyword: Tuberculosis. Nursing. Public Health. Integrality in Health. Health Management

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	OS CINCO PILARES DO SISTEMA DOTS, CURITIBA-PR, 2013.....	21
QUADRO 1 -	EVENTOS CHAVE NO DESENVOLVIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DE ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE PELA OMS.....	23
FIGURA 2 -	PERCENTUAL DE CURA E ABANDONO DE CASOS NOVOS DE TB BACILÍFEROS. BRASIL, 2001 A 2012.....	27
FIGURA 3 -	AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO CUIDADO EM SAÚDE.....	38
FIGURA 4 -	ESQUEMA DA PROPOSIÇÃO METODOLÓGICA DA TIPESC, ADAPTADO DE QUEIROZ E EGRY, 1988.....	44
QUADRO 2 -	CATEGORIAS ANALÍTICAS DA TIPESC NAS DUAS ETAPAS DA CAPTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA.....	49
FIGURA 5 -	DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS DE TUBERCULOSE REGISTRADOS NO HC-UFPT SEGUNDO REGIONAL DE RESIDENCIA, 2007 A 2012.....	60
FIGURA 6 -	MODELO PROPOSTO DE GESTÃO DO CUIDADO DA TB NO HC-UFPR.....	95

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO ANUAL DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO ANO DA NOTIFICAÇÃO. HC-UFPR, 2007 A 2012.....	50
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, ATENDIDOS NO HC-UFPR, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO. HC-UFPR, 2007 A 2012.....	51
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO ESCOLARIDADE E SEXO. HC-UFPR, 2007 A 2012.....	52
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA. HC-UFPR, 2007 A 2012.....	58
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, DE ACORDO COM A ZONA DE RESIDÊNCIA, HC-UFPR, 2007 A 2012.....	59
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO E INFECÇÃO PELO HIV, HC-UFPR, 2007 A 2012.....	61
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO A LOCALIZAÇÃO DA TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR E COINFECÇÃO PELO HIV, HC-UFPR, 2007 A 2012.....	62

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO O TIPO DE ENTRADA PARA TRATAMENTO, HC- UFPR, 2007 A 2012.....	63
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO OCUPAÇÃO. HC-UFPR, 2007 A 2012.....	55
GRÁFICO 2 - ESPECIFICAÇÃO DAS OCUPAÇÕES DAS CATEGORIAS MAIS REPRESENTATIVAS DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, HC-UFPR, 2007 A 2012.....	56
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, CONFORME RAÇA. HC-UFPR, 2007 A 2012.....	57
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, DE ACORDO COM SUAS COMORBIDADES. HC-UFPR, 2007 A 2012.....	61
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO AS DROGAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO , HC-UFPR, 2007 A 2012.....	63
GRÁFICO 6 - PERCENTUAL DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO A INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO SUPERVISIONADO, HC-UFPR, 2007 A 2012.....	64

LISTA DE SIGLAS

Abrasco	- Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	- Atenção Primária à Saúde
BCG	- Bacilo de Calmette-Guérin
CadÚnico	- Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CAPS	- Centro de Atenção Psico Social
CCIH	- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
Cebes	- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
DOTS	- Directly Observed Therapy Short-course
DS	- Distrito Sanitário
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
HC/UFPR	- Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Adquirida
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
MEC	- Ministério da Educação
MS	- Ministério da Saúde
NOB	- Normas Operacionais Básicas
NOAS	- Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NVH	- Núcleo de Vigilância Hospitalar
ODM	- Objetivos do Milênio
OMS	- Organização Mundial de Saúde

ONU	- Organização das Nações Unidas
ONG	- Organizações Não Governamentais
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PNCT	- Plano Nacional de Controle da Tuberculose
SIA	- Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	- Sistema de Informação Hospitalar
SINAN	- Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
TB	- Tuberculose
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIPESC	- Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
TDO	- Tratamento Diretamente Observado
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNICLIN	- Unidade Clínica
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 CAMINHOS DO PENSAMENTO.....	20
2.1 A TUBERCULOSE NO MUNDO: O ENFRENTAMENTO DO AGRAVO.....	20
2.1.1 A Tuberculose no Brasil.....	24
2.1.2 A Tuberculose como doença histórica e socialmente determinada.....	29
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES.....	31
2.3 GESTÃO DO CUIDADO.....	37
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	41
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	41
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	42
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
3.4 REFERENCIAL METODOLÓGICO: A TIPESC.....	43
4 CAPTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA.....	46
4.1 PARTICIPANTES DA 2ª ETAPA DA PESQUISA (ENTREVISTAS).....	47
4.2 CATEGORIAS ANALÍTICAS: AS DIMENSÕES DA TIPESC NAS DUAS ETAPAS DO ESTUDO.....	48
5 A REALIDADE OBJETIVA NO CENÁRIO DO ESTUDO : PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	50
5.1 RESULTADOS.....	50
5.2 DISCUSSÃO.....	64
5.2.1 A Dimensão Estrutural.....	64
5.2.2 A Dimensão Particular.....	67
5.2.3 A Dimensão Singular.....	69
6 A REALIDADE OBJETIVA DA ALTA HOSPITALAR DA TB – O HOSPITAL E O MUNICÍPIO DE CURITIBA.....	72
6.1 O PROCESSO DAS ENTREVISTAS.....	72
6.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	74
6.2.1 A Dimensão Estrutural.....	74
6.2.2 A Dimensão Particular.....	76
6.2.3 A Dimensão Singular.....	88

7 CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO NA REALIDADE	
OBJETIVA.....	94
7.1 GESTÃO DO CUIDADO: CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA A ALTA HOSPITALAR.....	97
7.2 GESTÃO DO CUIDADO: CONTATO DIRETO COM A UBS.....	99
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES.....	115
APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIROS).....	116
APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIOS).....	118
APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS E INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO POR TB PÓS ALTA HOSPITALAR.....	120
ANEXOS	123
ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP-HC.....	124
ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP-SMS	127
ANEXO III – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE TUBERCULOSE ..	130

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença milenar, causada por bactéria e curável com antimicrobianos. Atinge preferencialmente os pulmões, mas também pode se desenvolver na forma extrapulmonar (WHO, 2014). Nas últimas duas décadas a democratização do tratamento gerou significativa redução nos índices de mortalidade e incidência do agravo. No entanto, a tuberculose permanece como importante problema de saúde mundial. No cenário mundial atual, apenas em 2013 estima-se que nove milhões de pessoas desenvolveram a doença e um milhão e meio delas morreram desse agravo (WHO, 2014).

Como objetivos do Plano de Desenvolvimento do Milênio e tendo como base os índices de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como meta a redução da prevalência da TB em 50% até 2015, e a redução da incidência global em menos de um caso a cada milhão de pessoas por ano até 2050 (WHO, 2014).

No Brasil, foram notificados 70 mil novos casos em 2013, sendo um agravo que se apresenta como a quarta causa de morte por doenças infecciosas em geral e a primeira causa de morte por doenças infecciosas em portadores do vírus HIV¹ (BRASIL, 2014a). Mesmo apresentando, em 2013, a menor taxa de incidência da história (35 por 100.000 hab.), a TB continua na pauta de prioridades do Ministério da Saúde (MS) devido à presença de casos resistentes ao tratamento e do seu impacto social (BRASIL, 2014a). Esta realidade levou à inclusão da TB entre as sete prioridades estabelecidas no Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas (BATALHA; MOROSINI, 2013).

A adesão ao tratamento ainda é um desafio, pois o percentual de cura apresenta-se estacionado, há uma década, em torno de 70%, enquanto a meta proposta pela OMS seria de no mínimo 85% (BRASIL, 2014b). O abandono do tratamento se configura como um dos aspectos mais desafiadores da atualidade, tendo repercussão não apenas nos índices de mortalidade, mas de reincidência e multidrogarresistência (SÁ, *et al.*, 2007).

¹HIV: Vírus da Imunodeficiência humana. Ataca os linfócitos, se multiplicando e destruindo o sistema imunológico (BRASIL, 2013a).

Uma estratégia da OMS adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil como uma das políticas públicas na área de controle da TB, o sistema DOTS (*Directly Observed Therapy Short-course*) vem sendo utilizado desde meados da década de 1990 e conta com o compromisso dos vários níveis do sistema de saúde para seu sucesso. Essa estratégia implica no acompanhamento do tratamento em sua integralidade, garantindo o acesso e supervisão do paciente durante todo o período de duração do mesmo (SILVA, *et al.*, 2007).

Apesar dessa e de outras inúmeras estratégias muitos indivíduos abandonam o tratamento e com isso se percebe que apenas mecanismos robóticos, impessoais e pautados na burocracia das diretrizes rígidas dos programas de saúde não são suficientes.

No ambiente hospitalar circulam os indivíduos com quadros mais agravados da doença, tornando esse cenário agente essencial no diagnóstico, condução e tratamento da TB (DUARTE; BRAGA; BRAGA, 2012). É preciso compreender também que no hospital o tratamento terá apenas seu início, tornando inevitável a busca de uma rede que consiga assistir ao paciente de TB de maneira integral, objetivando a conclusão do tratamento e a consequente cura.

Como base estrutural de mudanças, o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990), traz entre seus princípios doutrinários a universalidade, a igualdade e a integralidade da atenção nos serviços e ações de saúde, além da descentralização dos serviços de saúde, a regionalização e a hierarquização da rede de assistência e a participação social como princípios operacionais (PAIM, 2009).

Para atender aos indivíduos acometidos pela tuberculose se faz necessária a apropriação imediata dos princípios da integralidade² e universalidade, que se traduzem respectivamente na articulação das ações e serviços de saúde, individuais e coletivos em todos os níveis da assistência bem como no direito de acesso a todos esses serviços (ALVES *et al.*, 2012). Assim sendo, se faz necessário um sistema de saúde que extrapole a estrutura organizacional hierarquizada e fragmentada existente, reconfigurando esse modelo para àquele no qual as políticas e serviços de saúde estejam integrados e articulados, percebendo os indivíduos em sua realidade atual (MACHADO *et al.*, 2007).

²Para maior compreensão deste conceito ver página 27.

Não se pode pensar diferente em relação aos doentes de TB, pois não podem ser assistidos apenas no âmbito hospitalar ou apenas na atenção primária à saúde. O hospital não pode perceber o tratamento do paciente de TB como restrito ao período do seu internamento, precisando se organizar para o prosseguimento do tratamento para além de seus espaços, ou seja, na atenção primária à saúde (APS).

Sabe-se que o risco de abandono do tratamento é elevado quando da remissão dos sintomas (15 a 20 dias após início do tratamento) e que esse período pode coincidir com a alta hospitalar (SÁ *et al.*, 2007). Assim, muitos doentes que se tratam no ambiente hospitalar, podem interromper a tomada de medicação após a alta, seja por se considerarem curados ou por não encontrarem acesso adequado na APS (PERRECHI; RIBEIRO, 2009).

Por isso a integração do hospital com a atenção primária à saúde é imprescindível, sendo o profissional Enfermeiro, ator social na promoção da saúde e prevenção de agravos, agente essencial para assegurar a continuidade do tratamento.

Como enfermeira de uma unidade básica de saúde de Curitiba, por dois anos a pesquisadora deste estudo teve a oportunidade de acompanhar o tratamento de mais de cinquenta pessoas acometidas pela tuberculose e muitas delas com tratamento iniciado no hospital cenário desta pesquisa. Mesmo com fluxo de referência e contrarreferência bem definidos, inúmeras situações se mostraram fragilizadas no acompanhamento desses casos, nos quais a continuidade do tratamento foi, por vezes, interrompida ou atrasada. Trabalhar dentro do referido hospital há quase dez anos também proporcionou uma percepção sobre a necessidade de integração entre esses níveis de assistência.

Corroborando com o exposto, Assis *et al.* (2012) comentam que o problema da TB não está na detecção dos casos e em seu tratamento, mas na maneira como os serviços de saúde se organizam para tais procedimentos. Por isso, mesmo com um sistema de referência e contrarreferência institucional existente, a busca de mecanismos facilitadores desse processo se fazem necessários para que o princípio da integralidade seja efetivamente exercido (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

É claro que diante de um problema tão complexo quanto esse, não se pode esquecer de levar em conta tanto a vulnerabilidade social da maior parte dos indivíduos que desenvolvem tuberculose quanto as inúmeras variáveis que incidem

sobre o controle desse agravado. A estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde constituem apenas uma das arestas que precisam ser aparadas.

Diante disso, como alternativa de organização da assistência, a Gestão do Cuidado se apresenta como possibilidade. Ela pode ser compreendida pela maneira como as relações e interações entre o profissional de saúde (enfermeiro) e o indivíduo adoecido se organizam e se apresentam no processo do cuidar, na busca da emancipação e autonomia dos indivíduos (PIRES; GÖTTEMS, 2009).

Com esse estudo propôs-se a implantação da Gestão do Cuidado da Tuberculose, buscando o estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilização na construção do cuidado integral ao portador de TB internado no hospital cenário do estudo.

Utilizando o pressuposto da articulação dos níveis de assistência à saúde como possibilidade de efetivação da integralidade do cuidado (diretriz das políticas públicas de saúde) e inserido na linha de pesquisa “Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem” do Programa de Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná, bem como do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFPR) este estudo desenvolveu a seguinte proposta: Elaboração de um modelo de Gestão do Cuidado para a alta hospitalar de pacientes acometidos por tuberculose internados no cenário do estudo.

Tal proposta de intervenção está pautada na seguinte Questão Norteadora: Como a Gestão do Cuidado da Tuberculose na alta hospitalar poderá servir de estratégia para a integração entre um hospital de ensino e a atenção primária à saúde no intuito de promover maior adesão ao tratamento.

2 CAMINHOS DO PENSAMENTO

Para intervir na realidade que se propõe, considera-se fundamental o aprofundamento no conhecimento acerca do agravo da Tuberculose e sua reprodução social. Ressalta-se a importância de se perceber a Tuberculose enquanto uma doença socialmente determinada e historicamente construída, para compreender a situação atual e planejar a Gestão do Cuidado.

Importantíssimo também é conhecer o sistema de saúde vigente em nosso país – o SUS – com seus princípios e diretrizes, que subsidiam a discussão sobre a saúde da população brasileira e em específico a política de controle da Tuberculose.

A partir do reconhecimento da integralidade como princípio do SUS imprescindível no tratamento da TB, a Gestão do Cuidado passa a ser uma estratégia importante na promoção da integralidade da assistência, trazendo o profissional de saúde – enfermeiro – mais próximo do usuário e suas reais necessidades. Essas questões serão abordadas nesse capítulo.

2.1 A TUBERCULOSE NO MUNDO: O ENFRENTAMENTO DO AGRAVO

Tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. A bactéria fica suspensa no ar quando algum indivíduo acometido pela forma pulmonar da doença a expulsa através da tosse, podendo contaminar as pessoas próximas. Seus sintomas mais comuns são tosse prolongada por mais de três semanas, febre vespertina, sudorese, cansaço, perda de apetite e emagrecimento. É importante ressaltar que apenas uma pequena parcela das pessoas expostas à bactéria irá desenvolver a doença, com destaque para as imunodeprimidas, como portadores do vírus HIV (WHO, 2014).

Sem tratamento a doença apresenta altos índices de mortalidade, mas com tratamento adequado, doentes com a forma suscetível às drogas de primeira linha³ alcançam a cura em mais de 85% dos casos. O tratamento dos casos resistentes é

³ Medicamentos de primeira linha para o tratamento da TB: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol (BRASIL, 2011)

mais desafiador, pois requer o uso de antibióticos de segunda geração (incluindo injetáveis), que são mais caros e causam mais efeitos adversos, além de necessitarem de maior tempo de tratamento, o que aumenta as possibilidades de transmissão. O índice de cura da TB resistente também é menor, em torno de 50 a 70% (WHO, 2014).

Por isso, a TB consiste em gravíssimo problema de Saúde Pública, sendo que nos anos de 1990 sua incidência e mortalidade atingiram níveis absurdos no mundo. Assim, em 1993 a OMS declarou a TB como uma emergência global e em 1995 lançou o DOTS (*Directly Observed Therapy Short-course*) como estratégia oficial (KESHAVJEE; FARMER, 2012)

O DOTS é um tratamento no qual um profissional de saúde ou outra pessoa treinada (exceto familiares) fornecem o medicamento prescrito para o doente de TB e observam a tomada de cada dose (MINNESOTA DEPARTMENT OF HEALTH, 2011). Mas para a OMS o DOTS vai muito além e se traduz em uma estratégia com cinco pilares: 1 - Compromisso político com o financiamento crescente e sustentável; 2 – Detecção de casos através de bacteriologia de qualidade; 3 – Tratamento padronizado, com supervisão e apoio ao paciente; 4 – Sistema de gestão e fornecimento eficaz de medicamentos; 5 – Sistema de monitoramento e evolução, com avaliação de impacto (WHO, 2013).



FIGURA 1: OS CINCO PILARES DO SISTEMA DOTS
FONTE: OMS, 2013. ADAPTADO PELA AUTORA

A pretensão dessa estratégia era aproximar o serviço de saúde do doente de TB, além de garantir o compromisso dos governos com suas políticas de saúde. No entanto, percebeu-se que o DOTS era insuficiente, pois não se conseguia instituir os pilares e apenas (quando sim) a tomada de medicação de maneira observada.

Em 1998 na fundação do Comitê sobre a Epidemia da Tuberculose surgiu a iniciativa *Stop TB*, que dois anos depois produziu a Declaração de Amsterdã, que consiste num chamado à ação para os 20 países com maior carga de tuberculose, estabelecendo metas para os *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (ODM). No ano seguinte, foi fundado o *Stop TB Partnership*, grupo comprometido com o controle da TB mundial que incluiu organizações técnicas internacionais, programas de governo, agências de pesquisa e financiamento, fundações, ONGs (Organizações Não Governamentais), sociedade civil, grupos comunitários e de setores privados, que operam por meio de uma secretaria da OMS (SOTGIU; SPANEVELLO; MIGLIORI, 2013).

Dessa parceria surgiu o *Stop TB Strategy*, que consiste em um programa revisado dos componentes do DOTS com a inclusão de mais cinco passos, que são: 1 – combater a co-infecção TB/HIV, a TB resistente e a TB em populações vulneráveis; 2 – fortalecer o sistema de saúde; 3 – integrar o sistema público e o privado; 4 – mobilização social e empoderamento⁴; 5 – promoção de pesquisas (HIJJAR; PROCÓPIO, 2006).

Desde então metas no controle e tratamento da TB têm sido estabelecidas, sendo as atuais a redução das taxas de incidência e mortalidade em 50% até 2015 e que a incidência global da TB seja menor que um caso por milhão de habitantes até 2050, para com isso, eliminar a TB como um problema global de saúde pública (WHO, 2014).

⁴Empoderamento/Empowerment: refere-se ao processo de capacitar as comunidades para aumentar o controle sobre as decisões que afetam suas vidas. Assume que as pessoas são os sujeitos ativos e que o papel do agente externo é catalisar, facilitar ou acompanhar a comunidade na aquisição de poder (WHO, 2013).

Ano	Organização	Evento
1980	União Internacional contra a Tuberculose e Doenças Pulmonares	Estabeleceu um modelo de programa de controle da Tuberculose na Tanzânia
1991	Conferência Mundial da Saúde	Estabelece o alvo “70/85” (detectar 70% dos casos de infecção de TB e curar 85% dos casos detectados)
1993	OMS	Declara a TB uma emergência global
1994	OMS	Lança um novo quadro de orientações para o controle da TB
1995	OMS	Lança o DOTS como estratégia oficial da OMS
1998	Primeira Comissão sobre a Epidemia de Tuberculose (Comitê de Londres)	Estabelece a iniciativa “The Stop TB”
2000	Iniciativa Stop TB	Produz a Declaração de Amsterdã, um chamado aos 20 países de maior carga de TB no mundo e estabelece alvos para atender aos Objetivos do Milênio das Nações Unidas
2001	Parceria Stop TB	Organiza 6 grupos de trabalho e lança o programa de Facilidade de Acesso Medicamentoso Global
2001	Fundo Global em colaboração com a Parceria Stop TB	Inicia as atividades do Fundo Global, os Objetivos do Milênio e o Compromisso de Washington
2002	OMS	Lança a expansão do quadro de orientações DOTS para o controle eficaz da TB e estabelece o DOTS como uma marca
2006	OMS	Lança a Estratégia Stop TB, que consiste em seis componentes, incluindo a estratégia DOTS revista como o primeiro componente
2006	OMS	Lança o Plano Global Stop TB 2006-2015
2011	OMS	Lança o Plano Global Stop TB 2011-2015
2012	OMS	Aborda a questão da eliminação da tuberculose a partir de 2015 com o Grupo Consultivo Técnico Científico

QUADRO 1: EVENTOS CHAVE NO DESENVOLVIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DE ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE PELA OMS

FONTE: SOTGIU; SPANEVELLO; MIGLIORI, 2013. TRADUZIDO PELA AUTORA

Atualmente, em torno de nove milhões de pessoas desenvolvem a doença todos os anos, estimando-se que um terço da população mundial esteja infectado pela bactéria. Todos os países são afetados, mas 80% dos casos mundiais concentram-se em 22 países, com Índia e China sozinhos apresentando 35% do total (WHO, 2014).

Com a estratégia *Stop TB* os casos novos de TB têm diminuído lentamente ao longo dos anos, com decréscimos de 1,5 pontos percentuais a cada ano (2000 a 2013) e 0,6% entre 2012 e 2013. A taxa de mortalidade também se modificou, apresentando redução de 41% desde 1990, caminhando para a meta de 50% em 2015, valor proposto como um dos *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (WHO, 2014).

Apesar de todos esses avanços, o impacto global da TB continua enorme, 1,5 milhões de pessoas ainda morrem pela doença anualmente, além de quase 20% dos acometidos apresentarem sua forma resistente.

Além disso, quase um terço dos doentes de TB apresenta a co-infecção com o HIV, demonstrando a proximidade e associação entre essas doenças. Isso significa que a colaboração entre os programas de HIV e de TB são imprescindíveis para reduzir os impactos que esses agravos apresentam, bem como promover o diagnóstico precoce. Apesar da maioria dos casos e mortes ocorrerem em homens, a TB também é uma das doenças que mais mata mulheres, apresentando uma estimativa de mais de 510.000 mortes em 2013 (330.000 mortes entre HIV-negativas e 180.000 mortes entre HIV-positivas), demonstrando que as questões de gênero têm significância quando se trata desse agravo (WHO, 2014).

Portanto, para combater a TB no mundo é necessário reconhecer a determinação social da mesma, realizando esforço global, com financiamento e vontade política, evitando que esse agravo permaneça sendo líder no *assassinato* das pessoas que vivem majoritariamente em situações de pobreza nesta e na próxima década (KESHAVJEE; FARMER, 2012)

2.1.1 A tuberculose no Brasil

No Brasil o controle da TB iniciou com as Ligas de Combate à Tuberculose, em 1927, porém somente na década de 1960 o tratamento se tornou gratuito e a

obrigatoriedade da vacinação com a BCG⁵ bem como a notificação da doença em caráter compulsório foram instituídas (HIJJAR, 2007). O tratamento dos acometidos pela doença era realizado de maneira essencialmente hospitalar, até que na década de 1970 o tratamento *standard*, com período reduzido e drogas de uso oral (Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida para casos não resistentes) foi estabelecido, possibilitando o acompanhamento ambulatorial em muitos casos (HIJJAR, 2007).

A padronização do tratamento de curta duração (seis meses) teve excelentes resultados e nos anos 1980, inúmeras ações foram tomadas pelo Ministério da Saúde com o objetivo de sistematizar o atendimento do doente de TB, descentralizando ações para os estados e municípios, de acordo com o Plano Nacional de Controle de TB (PNCT), o que colaborou para melhorar os sistemas de informação, pois as notificações e resultados de tratamento foram feitas com mais frequência e consistência (HIJJAR, 2007).

Todas as políticas que o MS adotou para o controle da TB (padronização do tratamento, descentralização das ações, redução dos internamentos, tratamento ambulatorial entre outros) tiveram alto impacto nas taxas de incidência e principalmente de mortalidade da TB. Em consonância com isso, o controle da TB foi incorporado ao processo de municipalização do SUS.

Foi em 1994 que o MS lançou o Plano Emergencial para Controle da TB e estabeleceu como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos, além de curar 85% dos casos diagnosticados. Em 1999 a recomendação da estratégia DOTS foi formalizada e quatro anos mais tarde a TB foi definida como prioridade entre as políticas de saúde (SANTOS, 2007).

Com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde⁶ (SVS) passou a acontecer uma maior coordenação das atividades, proporcionando integração entre as ações de vigilância e controle de agravos (HIJJAR, 2007). Desde então as principais ações do PNCT foram baseadas na Vigilância Epidemiológica⁷, por meio de prevenção e controle de casos (SANTOS, 2007).

⁵ BCG – Bacilo de Calmette Guérin – *M. bovis*: vacina intradérmica, indicada para prevenir tuberculose, principalmente nas formas miliar e meníngea, administrada em crianças menores de cinco anos de idade, conforme o Calendário de Vacinação da Criança (CALENDÁRIOBR, 2014).

⁶ A Secretaria de Vigilância em Saúde do MS é responsável em âmbito nacional, por todas as ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador. Tais ações se estabelecem no processo de territorialização, propondo práticas sanitárias para uma dada população (BRASIL, 2013b).

⁷ Segundo a Lei 8.080 (1990) Vigilância Epidemiológica se define por um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores

Atualmente o Brasil se posiciona como o 17º país entre os 22 que respondem por 80% dos casos mundiais, apresentando em média 70 mil novos casos por ano. É fato que apresentou reduções significativas nos últimos anos, mas a doença ainda mata mais de quatro mil pessoas anualmente (BRASIL, 2014).

Sobre a co-infecção TB/HIV, a taxa nacional é de 9,8% em 2013, mas nos estados da região sul do país é praticamente o dobro (18,6%) (BRASIL, 2014). Por essa razão, projetos com atividades colaborativas entre o PNCT e o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais tem sido conduzidos nessa região (BRASIL, 2012).

Considerada como prioridade pelo governo federal desde 2003, a TB esteve contemplada nas principais pactuações nacionais. Estes pactos formalizam o compromisso político e técnico entre as três esferas de governo e procuram garantir que a doença seja foco dos serviços de saúde, mas apesar da grande expansão das Estratégias de Saúde da Família, os recursos governamentais específicos para o controle da TB tiveram redução em 2014 com relação a 2013 (BRASIL, 2014). Vale lembrar, que desde 2009 o tratamento da TB foi reformulado, mediante a constatação do aumento na resistência primária à Isoniazida, trazendo o Etambutol como quarta droga na composição da primeira fase do esquema básico do tratamento. Sendo assim, o tratamento medicamentoso da TB se mantém em seis meses para os casos não resistentes, com a primeira fase (dois meses) estipulando a combinação de quatro fármacos (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) e a segunda fase (quatro meses) com apenas dois fármacos (Rifampicina e Isoniazida). A exceção ao tempo de tratamento se faz para os casos de TB meningoencefálica que necessita de nove meses de terapia medicamentosa, aumentando o tempo da segunda fase do tratamento de quatro para sete meses (BRASIL, 2011).

Um dos grandes entraves no tratamento da TB é a não adesão ao mesmo. Isso se torna um grande obstáculo ao controle da TB, porque abandonar o processo significa desenvolver bactérias com resistência aos fármacos utilizados. Com isso, o doente que abandona o tratamento passa a ter uma doença muito mais difícil de ser curada, contribuindo para um tratamento mais demorado e oneroso, além de proliferar a doença em uma forma mais resistente (FERRACIO; CRUZ; BIAGOLINI, 2007).

Vários são os fatores associados ao abandono do tratamento, nos quais destacam-se: falta de informação necessária e adequada, representações negativas (o estigma) da doença, uso de drogas e álcool, crença de cura por meio da fé, intolerância medicamentosa, rápida regressão dos sintomas após o início do tratamento e problemas relacionados ao trabalho desenvolvido nas instituições de saúde (SÁ *et al.*, 2007; MONROE *et al.*, 2008)

A OMS admite uma taxa de abandono de tratamento de até 5%, mas o Brasil manteve entre 2001 e 2012 uma taxa em torno de 10% (FIGURA 2), com variações regionais, mas que se apresenta como o dobro do recomendado. Os centros urbanos são os grandes concentradores da prevalência da TB no Brasil, o que torna as capitais dos estados com suas regiões metropolitanas locais de grande relevância para ações de controle do agravo (SILVA; ANDRADE; CARDOSO, 2013).

A cidade de Curitiba, capital do Paraná, tem demandado esforços no controle da TB, apresentando redução de quase 20% na notificação de casos novos entre 2001 para 2009 (MARQUIEVIZ, 2013). A taxa de abandono também se apresentou reduzida no mesmo período (de 13,7% para 11,5%), mas ainda acima da média nacional e distante da recomendação da OMS (MARQUIEVIZ, 2013).

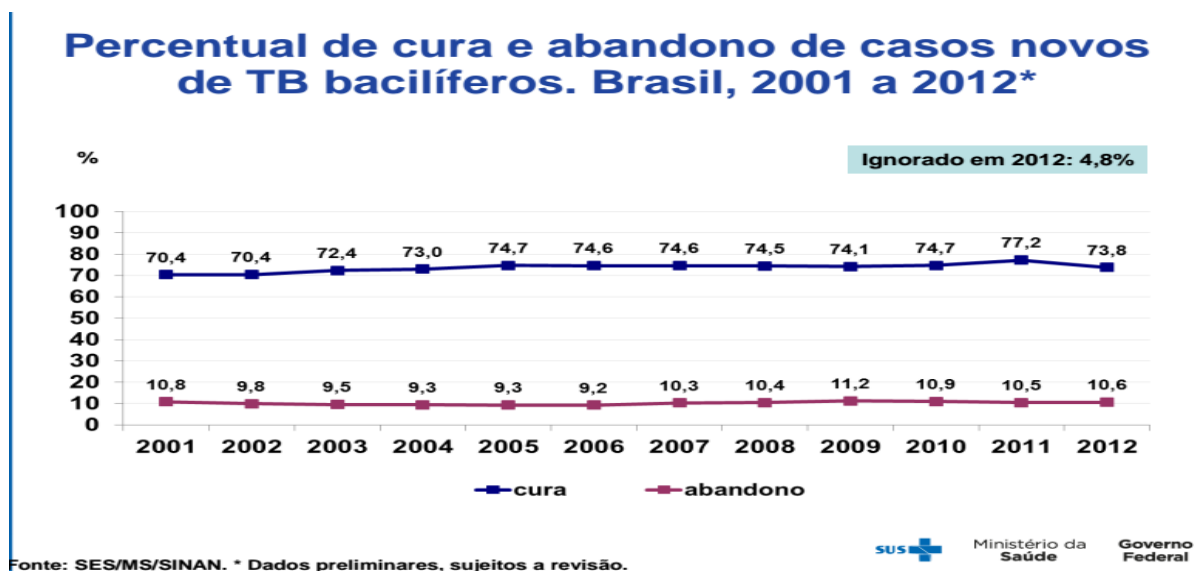


FIGURA 2: PERCENTUAL DE CURA E ABANDONO DE CASOS NOVOS DE TB BACILÍFEROS. BRASIL, 2001 A 2012.
FONTE: BRASIL, 2014b

Com o tratamento tendo uma duração mínima de seis meses, um alto grau de adesão e compromisso com a tomada da medicação e o processo em geral se faz necessário. Por isso, os profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento

desses indivíduos precisam repensar sua prática profissional no sentido de realizar cuidados integrais à saúde, e não apenas desenvolver etapas fragmentadas de procedimentos isolados (TRIGUEIRO *et al.*, 2011). Dessa maneira, entende-se que essa enfermidade necessita de gestão e manejo do cuidado ao longo do tempo, ou seja, de ininterruptão da assistência, para que haja garantia de adesão ao tratamento até sua completude (ASSIS *et al.*, 2012)

Embora a porta de entrada da rede de atenção à TB seja essencialmente a APS, o que se percebe, principalmente nos grandes centros urbanos, é que os hospitais têm importante papel no combate a esse agravo. Por atenderem pacientes com comorbidades, casos agravados da doença, ou mesmo por problemas estruturais com a porta de entrada na APS, a quantidade de casos notificados na esfera intra-hospitalar tem sido muito maior ao preconizado pelas políticas públicas nacionais e internacionais (BRASIL, 2011).

Concordando com isso Perrechi e Ribeiro (2009) comentam que os indivíduos que se encontram internados são geralmente mais idosos ou possuem outras doenças associadas, como por exemplo, a AIDS. Além disso, com frequência apresentam sintomas há mais tempo e mais intensos, têm histórico de circulação em vários serviços de saúde e apresentam a doença em sua forma mais avançada, bem como, por vezes são internados para elucidação diagnóstica e estabilização do quadro, visto que se encontram agravados e instáveis.

Sendo assim, torna-se imprescindível produzir ações integradas para o controle da TB nos diferentes níveis da atenção. Em seu Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, o MS recomenda que exista uma comissão de TB intra-hospitalar com a responsabilidade de exercer interação com o Programa de Controle de TB nos outros níveis de atenção, de maneira ágil e eficiente, responsável pelo preenchimento e encaminhamento das fichas de notificação de caso de maneira correta e completa. A essa comissão caberia também o compromisso de conduzir a alta do paciente de maneira exemplar, garantindo consulta previamente agendada (ou o contato com a UBS mais próxima ao domicílio do paciente), medicamento suficiente até a consulta na UBS e ficha de encaminhamento com os dados referentes ao tratamento e diagnóstico. Além disso, teria por atribuição confirmar os atendimentos dos pacientes nas UBS para as quais seriam referenciados (BRASIL, 2011).

2.1.2 A tuberculose como doença histórica e socialmente determinada

No Brasil, o impacto sócio-econômico resultante da trajetória dos casos de tuberculose e das políticas de controle realizadas por parte do Estado, possuiu uma historicidade própria (MACIEL *et al.*, 2012).

No século XIX, quando a eficácia do tratamento quimioterápico da tuberculose ainda não era uma realidade, a mesma provocava diferentes sentimentos quanto à sua superação, tanto no nível individual como coletivo. Carregando consigo a morte como desfecho, a TB era vista como o resultado inevitável de uma vida devotada aos excessos, ou seja, uma vida contrária aos padrões socialmente aceitáveis pela cultura oitocentista (SOUSA; SILVA; MEIRELLES, 2010)

No início do século XX, as cidades brasileiras se tornaram palco de grande epidemia de TB, a qual foi relacionada à falta de higiene e condições insalubres das moradias, além da alimentação precária da população mais acometida, sendo denominada de “a praga dos pobres”, ou “mal social” (MACIEL *et al.*, 2012).

Tal retrato permite dizer que a TB, incontestavelmente, sempre foi mais incidente nas classes mais pobres, por conta da realidade de suas condições de vida, aspecto que estigmatizou a doença e o doente de tuberculose, relacionando-a à miséria social (PÔRTO, 2007).

Nesse cenário obscuro, as questões relacionadas à saúde da população nessa época eram bastante deficientes, moldadas no sanitarismo-campanhista, centradas em ações higienistas e voltadas diretamente à expansão capitalista.

Destarte, foi necessária a dissociação entre TB e criação artística (doença romântica) e a contabilização das altas taxas de mortalidade é que nos anos 1940 o poder público reconheceu a necessidade sensibilizar as autoridades sanitárias com relação à doença (MACIEL *et al.*, 2012).

Por mais que o desenvolvimento da doença tenha sido associado às condições de vida da população, o controle da TB, ao longo do século XX, assumiu aspectos biologicistas, apresentando o tratamento higienodietético como possibilidade de cura aos doentes (MACIEL *et al.*, 2012). Nesse sentido, a doença acabava sendo tratada com a internação e isolamento em sanatórios e a

desagregação dos doentes, porém as condições propícias para que o bacilo se mantivesse no meio da população foram mantidas (PÔRTO, 2007).

A terapêutica farmacológica disponibilizada nos anos de 1980 reduziu a mortalidade da TB no Brasil, mas o controle da doença não se efetivou. Em 1993, a TB ressurgiu como uma das principais doenças infecciosas do mundo contemporâneo, seja pela utilização inadequada dos antimicrobianos (número equivocado de tomadas, esquemas de baixa potência, abandonos de tratamento) gerando cepas resistentes da doença ou pela associação da doença com portadores do vírus HIV, fazendo surgir uma nova categoria de indivíduos mais vulneráveis à doença (SOUSA; SILVA; MEIRELLES, 2010).

A TB, se observada quanto ao seu comportamento entre a população, se mostra hoje como uma doença distinta daquela de 50 anos atrás. Atualmente pode-se destacar como razões para a compreensão da estagnação dos avanços no controle de tal agravo a desigualdade social, seus determinantes, a circulação do vírus HIV, a multirresistência do bacilo da TB, o envelhecimento da população e os movimentos migratórios (MACIEL *et al.*, 2012).

A direta relação com a pobreza e a exclusão social pode ser visualizada na determinação da prevalência da TB. Pode-se demonstrar tal fato, por exemplo, com a análise realizada pelo MS em 2012 quando cruzou as bases de dados do SINAN TB e do Cadastro único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), constatando que 25% dos casos novos de TB em 2011 estavam cadastrados no CadÚnico, o que significa que possuíam renda igual ou inferior a meio salário mínimo por pessoa da família e desses menos de 14% recebem o Bolsa Família (BRASIL, 2014). Por outro lado, existem inúmeros outros casos em que os indivíduos sequer conseguem constar nesse cadastro, como moradores de rua e pessoas com alguma renda pequena que as excluam da assistência social do Estado. Além disso, a população indígena fica excluída desse cadastro por questões administrativas, revelando que a população vulnerável é muito maior do que essa relação pode demonstrar.

Nesse sentido, percebe-se que a determinação social, principalmente dos grandes centros urbanos, como: miséria, analfabetismo e/ou baixa escolaridade, marginalização, vida nas ruas ou em situações de confinamento e o abuso de álcool e drogas conformam um conjunto de sujeitos vulneráveis à TB, o que colabora para que esse agravo se mantenha entre a população (PILLER, 2012).

Alguns autores reforçam essa percepção quando afirmam que a endemia da TB se perpetua como grande problema de saúde pública porque tem grande potencial em atingir as pessoas marginalizadas, que vivem em condições precárias de sobrevivência. Afirmam também que um marcador social importante da TB atualmente diz respeito à vida nas grandes cidades, com alta densidade demográfica, desigualdades e situações de exclusão social, que acabam por formar bolsões de pobreza que propiciam o aparecimento da TB e de outras doenças transmissíveis (HINNO *et. al.*, 2011).

Reconhecer tal determinação, bem como incorporar a historicidade da TB, oferece subsídios para a elaboração de políticas públicas de saúde que primem pelo controle da doença e não repitam os modelos não exitosos de outrora, caminhando rumo não somente ao cumprimento das metas atuais, mas à oferta de um sistema de saúde adequado às necessidades da população.

É importante ressaltar que em outubro de 2011, aconteceu na cidade do Rio de Janeiro a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, da qual resultou a “Declaração do Rio”, que orienta a redução das iniquidades em saúde, por meio do compromisso da realização de ações globais que impactem nos determinantes sociais da saúde, com estratégias voltadas para a redução da vulnerabilidade de grupos sociais, como investimentos em saneamento, habitação e combate à fome (PILLER, 2012).

2.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Um dos marcos da reforma sanitária brasileira foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em março de 1986, cujo lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”. No entanto, não se pode esquecer que o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou por volta dos anos de 1970, no seio dos movimentos sociais e políticos, na luta contra a ditadura e na busca por um Estado democratizado, uma sociedade justa, políticas públicas voltadas para os direitos humanos básicos, de maneira universal e com qualidade (SANTOS, 2013).

Todo esse movimento fortaleceu a luta pela saúde com a bandeira da Reforma Sanitária, que buscava caminhos alternativos para superar a crise da

saúde que se vivia na época, propondo uma prática teórica – produzindo conhecimentos – e uma prática política – pronta para as transformações da sociedade e suas relações. É de fundamental importância ressaltar a criação Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1976 e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979, que se constituíram em respostas sociais na busca da articulação entre a prática política e a teórica (PAIM, 2009).

Diante dessa ebulição, a 8ª CNS, promovida pelo MS, contou com a participação de diferentes setores organizados da sociedade, e pela primeira vez houve a participação das entidades da sociedade civil organizada, com delegados eleitos por todo o país, englobando as representações sindicais, as associações de profissionais de saúde e os movimentos populares em saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A Reformulação do Sistema Nacional de Saúde foi debatida e naquele momento houve a compreensão, entre os participantes desse processo, de que para o setor saúde não seria aceitável uma mera reforma administrativa e financeira. Era preciso uma transformação radical em toda a estrutura jurídico-institucional vigente (CRUZ, 2011). O relatório final da 8ª Conferência de Saúde orientou a elaboração da Carta Magna de 1988, elegendo como prioridade a normatização do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a reorganização do sistema de atenção à saúde dentre de princípios e diretrizes constituídos no SUS bem como o financiamento setorial (BRASIL, 1987).

A Constituição Federal, promulgada em 1988, declara a saúde como direito obrigando o Estado a garanti-la a todos os cidadãos, defendendo a assistência à saúde integral e universal (MAIO; LIMA, 2009).

O texto da Carta Magna explicita:

[...] A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990, Art.196).

Posteriormente à Constituição foram estabelecidos os princípios e diretrizes do SUS por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080 e 8.142, de 1990, que junto às Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à

Saúde (NOAS) complementaram a legislação, orientando assim o processo de implementação da política do SUS (MAIO; LIMA, 2009).

As primeiras Normas Operacionais tratavam principalmente da questão da descentralização do sistema, regulamentando esse processo, conferindo atribuições às diversas unidades da federação, além de estabelecerem critérios para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais, com seus específicos órgãos de negociação; posteriormente focaram a regionalização da assistência à saúde, buscando equilibrar as desigualdades regionais (COHN, 2009).

Dentre os princípios e diretrizes do SUS referendados na legislação destacam-se a universalização do direito ao acesso à saúde, a igualdade sem privilégios, a descentralização com direção única para o sistema, a integralidade da atenção à saúde, a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e a participação popular visando o controle social (BRASIL, 1990).

Princípios são definidos como valores advindos das relações construídas socialmente, que carregam em si o peso da moral e da ética, permeando o campo político e do direito. Por diretrizes compreende-se o conjunto de instruções técnicas e/ou organizacionais que atuam como norteadores para a operacionalização do sistema (PAIM, 2010).

No SUS, destacam-se como princípios: a universalidade, a igualdade da assistência e a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. Como diretrizes, sobressaem-se a descentralização, a integralidade da assistência e a participação da comunidade (PAIM, 2010).

Por universalidade do acesso se entende que todo e qualquer cidadão deve ter acesso aos serviços públicos e privados (conveniados) de saúde, em todos os níveis do sistema, assegurado por uma rede de hierarquizada, que disponha de tecnologia adequada para cada nível. O princípio da igualdade significa que todo cidadão é igual perante o SUS e deve ser atendido de acordo com suas necessidades, até o limite que o Sistema pode oferecer para todos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Para Teixeira (2011) o princípio da universalidade é um ideal a ser alcançado, no qual se faz necessário o desencadear de um processo de extensão da cobertura dos serviços de saúde a toda população, eliminando barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais.

Para compreender a descentralização no âmbito do SUS é necessário perceber essa diretriz como a redistribuição das responsabilidades quanto a atenção (ações e serviços) à saúde entre os vários níveis de governo (União, estados, municípios e Distrito Federal), presumindo que quanto mais perto o gestor estiver dos problemas de uma coletividade, maior será a probabilidade de ele ser resolutivo. A descentralização traz como norteadores a regionalização e hierarquização dos serviços e a organização de um serviço de referência e contrarreferência, além de maior resolutividade e transparência nos processos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A integralidade da atenção à saúde é o reconhecimento, na prática, de que o cidadão é um ser integral, ativo em seu processo saúde-doença e capaz de promover saúde e gerar processos protetores. Significa, também, que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde constituem um sistema único e integral e por isso devem estar presentes em todos os níveis de complexidade, referenciando os pacientes aos serviços na medida em que for necessário o atendimento. Nesse raciocínio, cada coletividade deve ser percebida dentro da realidade de saúde específica que apresenta (território) e atender a saúde das pessoas significa enfatizar a atenção básica, mas não dispensa os demais níveis de assistência (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Por fim, a participação popular é a prerrogativa constitucional na qual a população, por meio de suas entidades representativas, pode participar do processo de elaboração das políticas públicas e do controle de sua efetivação (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Assim, os princípios e diretrizes do SUS versam sobre os caminhos a serem tomados para o enfrentamento dos problemas do sistema de saúde percebidos como críticos. Também devem ser entendidos como valores para a base da construção desse novo sistema (CRUZ, 2011).

Mais do que uma diretriz do SUS a integralidade constitui uma bandeira de luta do Sistema de Saúde, representando a imagem de um sistema que se busca ter. De certo modo, o termo integralidade representa a motivação para a construção coletiva da defesa da saúde brasileira (MACHADO *et al.*, 2007).

A Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990) orienta a compreensão desse termo como sendo o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de

complexidade do sistema”. Mattos (2004) traduz o sentido do termo em três categorias: articulação das ações preventivas com as assistenciais, organização das instituições/serviços de saúde e propriedades das práticas de saúde.

Portanto, um modelo de sistema de saúde integral é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários para a realização de ações de saúde que vão das ações inespecíficas de promoção da saúde em agrupamentos populacionais definidos às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica voltadas ao controle de vulnerabilidades e danos, incluindo ações de assistência e recuperação de indivíduos doentes, ações para a detecção precoce de agravos e ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (TEIXEIRA, 2011).

Assim, o conceito de integralidade reporta à compreensão da integração dos serviços de saúde por meio de redes assistenciais, entendendo a necessidade de haver interdependência entre os serviços que as componham, diante da percepção de que nenhum serviço dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde da população ou de uma certa comunidade (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Nessa mesma perspectiva, Conill (2004) apresenta dimensões da integralidade, como campos de intervenção e dentre elas, pode-se destacar a dimensão da garantia de atenção nos três níveis de complexidade de assistência e a dimensão da abordagem integral do indivíduo. Essas dimensões remetem à discussão dos campos da organização da atenção e do cuidado individual, significando que além da série de serviços, estes devem ser contínuos e coordenados.

Nesse sentido, o atendimento integral vai além da estruturação das organizações de forma hierarquizada e regionalizada, se estendendo pela qualidade da atenção assegurada aos usuários do sistema de saúde, compreendendo-os como sujeitos históricos, sociais e políticos (MACHADO *et al.*, 2007).

Torna-se, portanto, imprescindível elaborar meios que garantam uma gestão competente e responsável dos recursos coletivos, que responda adequadamente aos problemas de saúde individuais nos contextos local e regional e eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A existência de uma rede integrada se reflete na articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, na medida em que distintas intervenções do cuidado acontecem e são percebidas pelos usuários do sistema de forma contínua, independentemente do local onde o cuidado seja prestado, mas garantindo adequação as suas necessidades e respostas as suas expectativas (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Ou seja, a integração dos cuidados se traduz na coordenação permanente das práticas clínicas designadas ao indivíduo acometido por algum problema de saúde, intentando assegurar a continuidade e a globalidade da atenção necessitada, articulada no tempo e no espaço, integrando diferentes profissionais e equipes de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Existe uma relação intrínseca entre a organização da atenção à saúde em rede e a integralidade do SUS. Isso porque se entende que os serviços e os atores não atuam isoladamente, responsabilizando-se conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas. A criação de uma rede de atenção se mantém na percepção de que os problemas de saúde não se distribuem homogeneamente na população, no espaço e no tempo, e compreendem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Por isso, a coordenação e co-gestão dos serviços é condição fundamental para que estes atuem de maneira apropriada e integral (KUSCHNIR *et al.*, 2011).

Sendo assim, não se pode pensar diferente no tratamento da TB, pois o mesmo requer um trabalho coordenado dos serviços envolvidos, os quais devem somar esforços para a assistência adequada e integral (TRIGUEIRO *et al.*, 2011). O MS reforça que o acompanhamento do tratamento da TB deve ser orientado pelos princípios e diretrizes da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, continuidade, integralidade, entre outros, bem como por articulação intersetorial, procurando remover obstáculos que atrapalhem a adesão dos doentes ao tratamento. Desta forma, almeja-se a abordagem integral ao indivíduo acometido por TB, por ser esse um caminho que aponta para as possibilidades de sucesso no controle do agravo (BRASIL, 2009).

2.3.GESTÃO DO CUIDADO

A Gestão do Cuidado é apresentada por Barreto *et al.* (2012) como a forma em que o processo de cuidar se mostra na organização e interação entre os envolvidos no processo, podendo propiciar a emancipação dos sujeitos ou a redução de sua autonomia. Assim, a gestão do cuidado pode fortalecer ou fragilizar a organização dos serviços, dependendo do preparo da equipe de saúde. É claro que o objetivo central do cuidado é a resolução das necessidades dos usuários, do reestabelecimento de sua saúde, ou mesmo da compreensão do seu processo saúde – doença.

Sendo assim, Gestão do Cuidado seria o provimento das tecnologias e serviços de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada indivíduo, nos diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar (CECÍLIO, 2011). Portanto, entende-se que este processo visa o estabelecimento de vínculo e o acolhimento, incluindo a perspectiva de que a equipe de saúde precisa se reconhecer como responsável na construção do cuidado integral.

Condições muito complexas de saúde necessitam de coordenação maior do cuidado. A Organização Pan Americana da Saúde, em sua representação no Brasil traz orientações sobre o planejamento, monitorização e avaliação das opções de cuidados para casos críticos e complexos, propondo uma cooperação entre o profissional de saúde e o indivíduo acometido por algum agravo para que a atenção à saúde seja feita com qualidade e completude (MENDES, 2012).

Nesse modelo o profissional de saúde estaria apto a perceber as necessidades e expectativas do indivíduo com maior facilidade, podendo aumentar a qualidade do cuidado, reduzir a fragmentação das ações e serviços de saúde e ajustar as necessidades de saúde aos serviços prestados, com vistas à efetividade nas soluções de problemas (MENDES, 2012).

Cecílio (2011) afirma que a gestão do cuidado se realiza em múltiplas dimensões, interdependentes, em número de cinco: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Para ele, é a partir da dimensão profissional que a Enfermagem começa a atuar, porém não se restringindo apenas nessa dimensão.

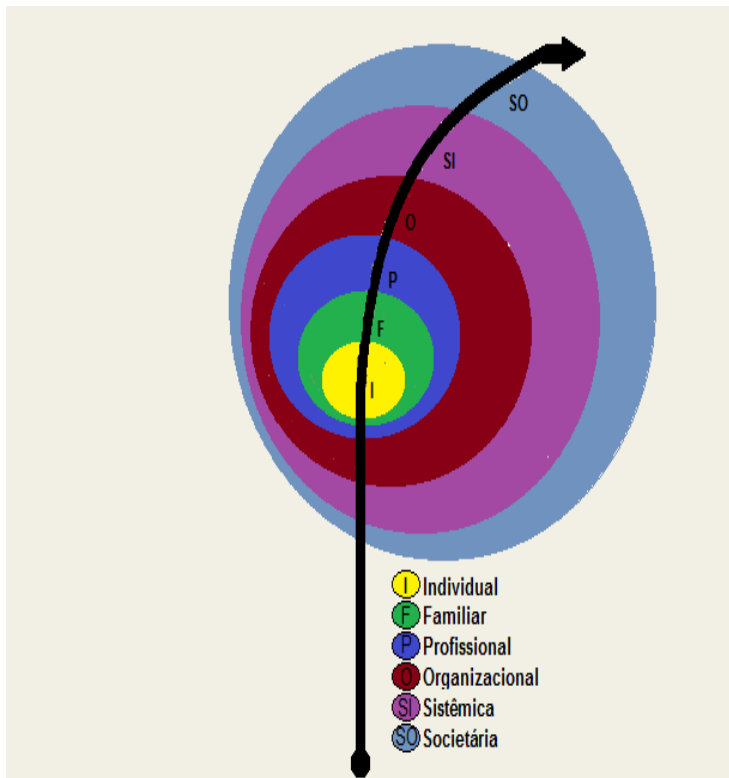


FIGURA 3: AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO CUIDADO EM SAÚDE.
FONTE: CECÍLIO, 2011

A dimensão profissional do cuidado é aquela em que se dá o encontro entre profissionais de saúde e usuários e tem por finalidade a resolução das necessidades deste último (BARRETO *et al.*, 2012). É regida pela competência técnica do profissional, sua postura ética e sua capacidade de construir vínculos com os receptores do cuidado (CECÍLIO, 2011).

A dimensão organizacional do cuidado é aquela que se realiza nos serviços de saúde, na qual se destaca a divisão técnica do trabalho e se evidencia a função gerencial diante do trabalho em equipe, a organização do processo de trabalho e as definições de fluxo (CECÍLIO, 2011).

Se na dimensão profissional existe um aparente espaço privado entre o profissional e o usuário, na dimensão organizacional a conformação da dinâmica de relacionamento da equipe vai assumir lugar central (CECÍLIO, 2009). Isso porque o processo de trabalho traz consigo o compartilhamento de responsabilidades, conversação e troca, marcando o espaço de trabalho, com frequência, pela diferença e pela disputa de espaço e poder (CECÍLIO, 2011).

Enquanto dimensão sistêmica da gestão do cuidado pode-se referir às redes regulamentadas, às conexões formais, o próprio sistema de saúde, ou seja, um conjunto de serviços de saúde (BARRETTO *et al.*, 2012).

É possível evidenciar os esforços institucionais empreendidos na direção da qualidade do atendimento, destinado ao “núcleo duro” da gestão do cuidado – a dimensão profissional. Isso se percebe pela quantidade de normas, regras, fluxos e rotinas que objetivam moldar o comportamento dos trabalhadores, padronizar o encontro trabalhador – usuário para que os critérios de eficácia previamente estabelecidos sejam alcançados (CECÍLIO, 2011). Mas até mesmo esses instrumentos burocráticos só terão sentido e funcionalidade se encontrarem nas dimensões acima a retaguarda necessária.

Portanto, é importante lembrar que há inúmeras conexões entre as múltiplas dimensões, imprimindo dinâmica de interpenetração entre elas, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, que demandam esforços de todos os envolvidos no processo de cuidar (CECÍLIO, 2011).

De maneira geral a gestão do cuidado apresenta seu foco em uma unidade de tratamento ou/e na trajetória do usuário. Nesse sentido, é preciso combinar a intencionalidade de materializar um modelo de atenção que aponte para a identificação das vulnerabilidades e resolução das necessidades dos pacientes com a capacidade de detectar os recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho) e aplicá-los de maneira eficaz (GRABOIS, 2011).

Nessa perspectiva, o desenvolvimento de espaços de diálogo, a definição dos processos de trabalho, a regulação de fluxos e a corresponsabilização multiprofissional, entre outros, trarão à tona uma nova lógica de cuidado, em que a gestão desse processo constitui lugar central (BARRETO *et al.*, 2012).

A Gestão do Cuidado pode ser realizada de inúmeras maneiras e o que define como ela irá acontecer são as necessidades em saúde que a população e/ou indivíduo apresenta e a estratégia que a equipe entender ser a mais adequada. Grabois (2011) apresenta algumas alternativas de estruturação do cuidado, dentre elas as linhas de cuidado e a gestão da clínica, que tem como ferramentas a gestão de casos e de patologia, a adoção de diretrizes clínicas e o monitoramento de indicadores de processo e resultado. Pode-se utilizar também estratégias como o apoio matricial e a equipe de referência, em que o primeiro se comporta como um especialista, com determinado núcleo de conhecimento, capaz de agregar recursos

de saber e/ou realizar intervenções específicas, além de personalizar o sistema de comunicação entre os sistemas de referência e contrarreferência e a segunda seria a responsável pela condução do caso, sendo encarregada da atenção ao longo do tempo e da elaboração de um projeto terapêutico singular (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Por outro lado, a reestruturação da gestão do cuidado não pode depender da “boa vontade” de cada trabalhador ou de seu “perfil/vocação”. A gestão precisa ser qualificada, dentro de um projeto planejado e as singularidades do processo de trabalho precisam tender para um modelo que reflita responsabilidade para com a vida das pessoas (KOCHERGIN, 2010). Sendo assim, a Gestão do Cuidado deve fazer parte da cultura organizacional do serviço de saúde, sendo a sua prática reconhecida e facilitada.

É importante salientar que se reconhece a existência de inúmeros mecanismos no sistema de atenção no modelo de gestão hospitalar, mas o que se propõe com a Gestão do Cuidado é a superação do atual modelo biomédico e burocrático, para uma prática apta a lidar com as pessoas com sua dimensão social e subjetiva e não somente biológica, alterando, por vezes, o objeto e o objetivo da atenção à saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Para tanto, a terapêutica necessitará avaliar não apenas o estado atual, mas a vulnerabilidade dos indivíduos, o que permitirá o planejamento do cuidado que considere maior ou menor possibilidade de ação e compreensão, o estabelecimento de redes de apoio frente uma maior ou menor vulnerabilidade. Sob essa ótica, as estratégias devem garantir adesão a tratamentos continuados, reduzir abandonos e assumir práticas protetoras, considerando os fatores que existem em cada situação concreta, mas também relacionando os aspectos individuais, institucionais e sociais que demonstram um perfil de vulnerabilidade do usuário (GRABOIS, 2011).

Portanto, a Gestão do Cuidado vem responder à necessidade de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde estruturados classicamente, construindo espaços que permitam a organização do processo de cuidar e que garantam atenção de qualidade nos serviços de saúde, centrados nas necessidades dos usuários, em suas dimensões (BARRETO *et al.*, 2012).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo dedica-se a demonstrar de que forma a pesquisa se desenvolveu. A intenção é expor de maneira detalhada o desenho da pesquisa, possibilitando a explicitação do percurso metodológico seguido pela pesquisadora.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma Pesquisa de Intervenção, que segundo Tobar e Yalour (2004) objetiva intervir ativamente na realidade pesquisada, participando da resolução dos problemas identificados. Optou-se pelo Projeto de Intervenção por se entender que pesquisas precisam trazer respostas operacionais e para tanto utilizou-se da TIPEsc (Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva) que se propõe a captar e intervir na realidade objetiva dos fenômenos (EGRY, 1996). Assim, trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, exploratório e intervencionista.

Apesar do predomínio do polo qualitativo do estudo, uma parte dos dados foi coletada e analisada quantitativamente. Deslandes e Assis (2008) apresentam a articulação entre esses tipos de estudo como necessária para pesquisar os processos de saúde-doença em diversas situações. Para eles, essa articulação pode se dar de três maneiras: com o predomínio de um dos polos, com a junção das duas abordagens sem predomínio de uma ou outra, ou um modelo dialógico, em que há a integração dos dois métodos, com perspectiva interdisciplinar. O atual estudo se enquadrou no primeiro tipo, visto que é predominantemente qualitativo, utilizando a abordagem quantitativa como auxiliar em uma das fases da pesquisa.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Elegeu-se como cenário do estudo um hospital universitário da cidade de Curitiba. Pertencente à universidade mais antiga do Brasil, foi o terceiro hospital universitário a ser construído. Integralmente público, se apresenta como o maior prestador de serviços do SUS no estado do Paraná (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ /UFPR, 2013).

Possui atualmente 63 mil metros quadrados de área construída, tendo 261 consultórios e 510 leitos distribuídos em 59 especialidades clínicas e cirúrgicas. Nele trabalham mais de 2.900 funcionários, tendo duas formas de vinculação – fundação de apoio 34,6% e MEC 65,4% dos funcionários. Também atuam 277 residentes de medicina e 60 residentes multiprofissionais, com uma média mensal de 61 mil atendimentos, 837 cirurgias e um índice de 1.464 internações (UFPR, 2011a).

Atende um universo populacional regional de 411 mil pessoas do Estado do Paraná, no qual se destaca que 84% desses atendimentos são de pacientes advindos de Curitiba e região metropolitana. Conta com um orçamento de 100 milhões ao ano e gasta em energia elétrica mensalmente o que o município de Paranaguá gasta em um ano inteiro. Serve 756 mil refeições por ano e lava aproximadamente 6 toneladas de roupas por dia (SOUZA, 2011).

Tem como finalidade “ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde e nas necessidades da população” (UFPR, 2013).

Possui Serviço de Epidemiologia hospitalar desde 2004, sendo pioneiro nos hospitais do Estado do Paraná, desenvolvendo ações de vigilância epidemiológica relativas às doenças de notificação obrigatória além do acompanhamento dos fluxos internos e gestão da informação (UFPR, 2013). O Serviço publica boletins epidemiológicos trimestrais com diversos temas, demonstrando compromisso com a informação para o planejamento das ações e a formação dos profissionais de saúde formados na instituição. Nesses boletins se percebe mais de 40 casos de TB notificados anualmente.

O Serviço de Infectologia Hospitalar, localizado no 3º andar do prédio central, concentra o maior número de casos de internamento por Tuberculose de

todo o hospital, sendo subordinado à Uniclin (Unidade Clínica), uma unidade gerencial em implantação. Possui 12 leitos de internação adultos e pediátricos, sendo três quartos reservados para o isolamento respiratório (SOUZA, 2011).

Para o atendimento ao paciente acometido por TB dentro da instituição o Serviço de Epidemiologia Hospitalar apresenta fluxo definido, tendo como procedimento padrão para a alta hospitalar comunicar a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (DS Matriz) por meio de *email* e boletim de transferência, além de fornecer medicação ao paciente para cinco dias orientando-o a procurar a UBS mais próxima de sua casa (UFPR, 2011b).

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada junto ao Comitê de Ética do Hospital cenário do estudo pelo parecer nº 375.036 de 27/08/2013 e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba pelo parecer nº419.850 de 18/09/2013.

Foi realizada de maneira a atender os critérios relativos a Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/2012, de modo que os participantes da pesquisa foram convidados de forma voluntária a compartilhar da pesquisa mediante a explicação e a assinatura do TCLE.

3.4 REFERENCIAL METODOLÓGICO: A TIPESC

O referencial metodológico utilizado para este estudo foi a TIPESC, que propõe interpretar a realidade em constante transformação (EGRY, 1996).

Essa teoria tem sua base filosófica firmada no materialismo histórico-dialético, que se propõe como instrumento de superação da filosofia tradicional, se mostrando como orientador para a ação questionadora e transformadora da realidade por meio da compreensão dos processos históricos (FONSECA, EGRY e BERTOLOZZI, 2006).

A TIPESE se colocou como um instrumento de intervenção, pois se propõe a captar e interpretar fenômenos relacionados ao processo saúde-doença de uma dada comunidade dentro de sua conjuntura, estrutura e contexto social historicamente determinado, entendendo que as intervenções geram contínuas reinterpretções da realidade objetiva (EGRY; HINO, 2009).

A metodologia de Intervenção proposta por Egrý (1996) apresenta a análise da realidade objetiva em três dimensões interdependentes: estrutural, particular e singular, consideradas neste estudo como categorias analíticas. Para a autora a dimensão estrutural é aquela na qual ocorrem os processos mais distantes do indivíduo, na estruturação da sociedade, nas relações de produção, de formação econômica e social e das formas político ideológicas. A dimensão particular compreende os processos de reprodução social e seus perfis epidemiológicos. A dimensão singular apresenta os processos mais próximos do indivíduo, suas relações de trabalho, na família e comunidade.

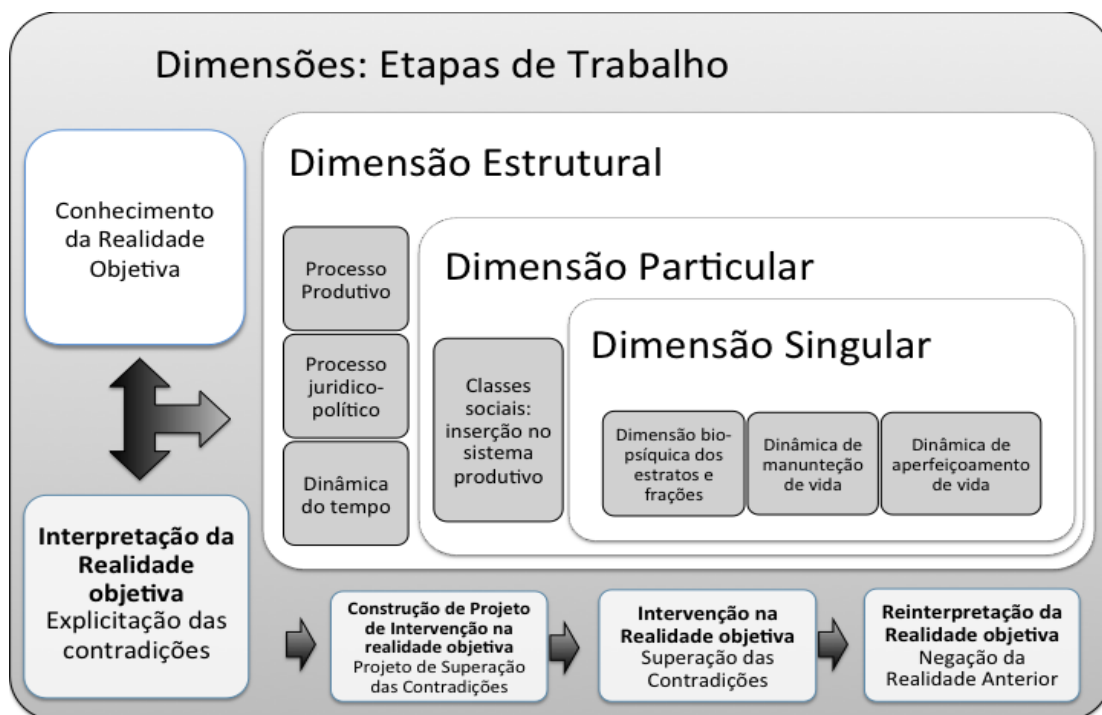


FIGURA 4 – ESQUEMA DA PROPOSIÇÃO METODOLÓGICA DA TIPESE, ADAPTADO DE QUEIROZ E EGRY, 1988.
FONTE: SOUZA, 2013.

No desdobramento operacional da TIPESE a autora propõe cinco fases para sistematização, sendo elas:

- a. Captação da realidade objetiva

- b. Interpretação da realidade objetiva
- c. Construção do projeto de intervenção na realidade objetiva
- d. Intervenção na realidade objetiva
- e. Reinterpretação da realidade objetiva

Nesse estudo foram desenvolvidas as três primeiras fases, conforme descrito nos próximos capítulos. A quarta e quinta fases terá sua continuidade posteriormente, diante do tempo destinado ao desenvolvimento desse trabalho.

4 CAPTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA

Para captar a realidade objetiva deste cenário foi realizada uma coleta de dados em duas etapas.

A primeira etapa, de abordagem quantitativa, compreendeu a busca de dados e informações em bancos de dados secundários, tendo como foco o perfil epidemiológico das pessoas que adoecem por TB no cenário do estudo, bem como a composição de uma série histórica de cinco anos (2007-2012). Foram utilizados dados contidos nas fichas de investigação epidemiológica dos casos de tuberculose (ANEXO III) do Serviço de Epidemiologia Hospitalar, sendo analisados os seguintes campos: tipo de entrada, tratamento medicamentoso, indicação de tratamento supervisionado, raça/cor, sexo, idade, escolaridade, comorbidades, município e distrito de residência, zona e ocupação.

É importante salientar que se optou por coletar os dados a partir de 2007 porque nesse ano houve uma atualização na estrutura do sistema SINAN⁸ incorporando novas tecnologias, que permitiram utilização de rotinas por meio da internet (atualização de tabelas, transferência de dados e fluxo de retorno) e o sistema passou a ser denominado Sinan Net (BRASIL, 2013c). A versão anterior apresentava diferenças no armazenamento e organização dos dados. Portanto, para evitar divergências e garantir a padronização dos dados, as notificações dos anos anteriores foram excluídas do estudo.

A segunda etapa foi composta por entrevistas (APÊNDICE III), não estruturadas, realizadas com informantes-chave⁹.

A entrevista com informantes-chave consiste em reconhecer em determinadas pessoas os conhecimentos e experiências fundamentais à pesquisa. Conforme Tobar e Yalour (2004) os informantes-chave são aqueles que possuem

⁸ SINAN: O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014) (BRASIL, 2014c)

⁹ Informantes-chave: são pessoas estrategicamente escolhidas para revelar o contexto do grupo pesquisado, e que pela sua posição, ação ou responsabilidades, possuem um bom conhecimento do problema estudado. Essas testemunhas podem pertencer ao público sobre o qual incorre o estudo ou serem exteriores a esse, porém, com relações estreitas com os sujeitos da pesquisa (QUIVY, CAMPENHOUDT, 2005; MINAYO, 2010)

conhecimentos especiais e essenciais ao tema pesquisado podendo contribuir com o pesquisador por conhecer a área pesquisada muito bem.

Foram incluídos na pesquisa os informantes-chave que se adequavam à intenção da pesquisa que era de percorrer o caminho da alta hospitalar dos usuários acometidos por TB com informações dos seguintes atores envolvidos no processo: usuários, enfermeiros do hospital (que acompanham a alta hospitalar) e enfermeiros da Atenção Primária (que recepcionam os usuários advindos do hospital pós-alta).

4.1 PARTICIPANTES DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA (ENTREVISTAS)

Para captar a realidade objetiva foi necessário, além dos dados epidemiológicos, ouvir os sujeitos que vivenciam o fenômeno na busca da compreensão e reconhecimento das dimensões estrutural, particular e singular. Para tanto, optou-se por realizar entrevistas com atores diretamente envolvidos no processo de tratamento da tuberculose – os profissionais enfermeiros que acompanham o tratamento e os usuários acometidos pelo agravo.

Dessa maneira elegeu-se os informantes-chave conforme vivência, descrita a seguir:

1. O enfermeiro da Epidemiologia Hospitalar, em número de um, pois é o profissional da instituição voltado para o acompanhamento dos casos de TB.
2. Os enfermeiros do Serviço de Infectologia Hospitalar, pois é o serviço que tem contato com o maior número de casos que internam no hospital, em número de dois.
3. Um enfermeiro de cada Distrito Sanitário da cidade de Curitiba, sendo em número de nove, optando pelo enfermeiro da unidade básica que tivesse o maior número de casos de TB do seu distrito.
4. Pacientes que estiveram internados com TB no hospital em estudo e tiveram alta com acompanhamento nas UBSs de Curitiba nos últimos seis meses, estimados em número de 10 (um terço da média de registros semestrais nos últimos anos).

O critério de inclusão utilizado foi a concordância em participar do estudo por parte dos informantes-chave eleitos conforme descrição. Foram excluídos do estudo

os participantes menores de dezoito anos e os não residentes no município de Curitiba.

4.2 CATEGORIAS ANALÍTICAS: AS DIMENSÕES DA TIPEsc NAS DUAS ETAPAS DO ESTUDO

As categorias analíticas propostas para esse estudo foram as três dimensões da TIPEsc (Estrutural, Particular e Singular), com a intencionalidade de captar e interpretar a realidade objetiva do agravo Tuberculose sob duas óticas: a realidade objetiva no cenário intra e extra-hospitalar, haja vista a duração do tratamento e o retorno dos sujeitos aos seus territórios de convivência.

A dimensão estrutural é entendida por aquela formada pelas relações econômicas, sociais e político-ideológicas, pelo processo jurídico e a dinâmica do tempo. A dimensão particular é formada pelos processos de reprodução social (produção/consumo) manifestado nos perfis epidemiológicos significativos do processo saúde-doença vivenciado pelas diferentes classes sociais. A dimensão singular é aquela formada pela representação do processo saúde-doença de cada indivíduo, inserido em seu contexto social, na medida em que as doenças e os agravos acontecem em suas especificidades, mas sempre determinados pela maneira como esse sujeito está inserido no modo de produção da sociedade (PERNA; CHAVES, 2008).

Nesse sentido, para a 1ª etapa do estudo, olhou-se para o universo do hospital e com os dados das Fichas Epidemiológicas de Tuberculose, entendeu-se que a Dimensão Estrutural é composta pelos campos que apresentam dados referentes à estrutura do tratamento, ou seja, as questões relativas ao uso de medicação e indicação de tratamento supervisionado, além do tipo de entrada do caso, uma vez que estes procedimentos estão estabelecidos em articulações e pactuações internacionais entre o MS, OPAS e OMS. A Dimensão Particular incluiu a apreciação dos campos: raça/cor, município e distrito de residência, zona e ocupação, elementos que compõem informações referentes aos processos de reprodução social, direta ou indiretamente. Já para compor a Dimensão Singular, os

campos observados foram os que continham informações próprias dos indivíduos como o sexo, a idade, a escolaridade e as comorbidades existentes (QUADRO 2).

Também utilizando-se da TIPESEC, na 2ª etapa do estudo, compreendeu-se que a fala dos enfermeiros elucidaria a dimensão particular, e que o discurso dos usuários representaria a dimensão singular. Para a categoria dimensão estrutural foi observado o Município de Curitiba, com suas características e gestão para a saúde, bem como a organização municipal para o atendimento à tuberculose (QUADRO 2)

O quadro abaixo apresenta a estrutura das categorias analíticas propostas:

1ª ETAPA	2ª ETAPA
DIMENSÃO ESTRUTURAL	
As variáveis da ficha de notificação de tuberculose a seguir: -tipo de entrada no tratamento -tratamento medicamentoso -indicação de tratamento supervisionado	O Município de Curitiba, suas características e gestão para a saúde, bem como a organização municipal para o atendimento à tuberculose
DIMENSÃO PARTICULAR	
As variáveis da ficha de notificação de tuberculose a seguir: -raça/cor/etnia -município e distrito de residência -zona -ocupação	O significado dos discursos dos enfermeiros do hospital e da Atenção Primária
DIMENSÃO SINGULAR:	
As variáveis da ficha de notificação de tuberculose a seguir: -sexo -idade -escolaridade- comorbidades.	O significado dos discursos dos usuários

QUADRO 2: CATEGORIAS ANALÍTICAS DA TIPESEC NAS DUAS ETAPAS DA CAPTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE OBJETIVA
FONTE: A AUTORA

5 A REALIDADE OBJETIVA DO CENÁRIO DO ESTUDO - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Essa etapa foi capaz de trazer informações para compor o perfil epidemiológico da TB no cenário do estudo, permitindo a análise sobre suas relações com o processo de adoecer por TB.

Foram incluídos no estudo casos de tuberculose atendidos nos serviços de pronto-atendimento, enfermarias e ambulatórios do hospital cenário do estudo, notificados no período compreendido entre 2007 a 2012. Foram excluídos os casos notificados com suspeita de TB que posteriormente foram descartados por mudança de diagnóstico. Para compor os resultados, os dados foram tratados por meio de estatística descritiva simples.

5.1 RESULTADOS

No período estudado (janeiro de 2007 a dezembro de 2012) foram notificados no SINAN como portadores de tuberculose 351 pacientes. O número anual de casos variou de 39 a 81, com média de 58,5 casos/ano (TABELA 1).

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO ANUAL DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO ANO DA NOTIFICAÇÃO. HC-UFPR, 2007 A 2012.

Ano	N	%
2007	81	23,08
2008	69	19,66
2009	60	17,09
2010	61	17,38
2011	41	11,68
2012	39	11,11
Total	351	100

FONTE: SEPIH – HC-UFPR

Nota-se que houve progressiva redução no número de casos registrados no período investigado, chegando em 2012 a menos da metade do número total de casos em 2007.

Analisando-se os casos em relação ao sexo e a faixa etária e comparando com o total de casos, percebe-se que os homens são mais acometidos pelo agravo, ficando as mulheres responsáveis por menos de um terço dos casos. Assim como no mundo todo (WHO, 2014), nesse hospital em estudo o sexo masculino também é predominante. No entanto, a distribuição segundo a faixa etária apresenta-se de forma bastante semelhante. Pode-se destacar apenas um percentual maior na faixa etária dos 11 aos 20 anos para as mulheres em relação aos homens e para os homens entre os 61 e 70 anos em relação às mulheres, como vemos na tabela a seguir (TABELA 2):

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, ATENDIDOS NO HC-UFPR, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO. HC-UFPR, 2007 A 2012.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
< de 1 ano ¹⁰	6	2,51	3	2,67	9	2,56
1 a 5 anos	15	6,27	6	5,35	21	5,98
6 a 10 anos	5	2,09	2	1,78	7	1,99
11 a 20 anos	14	5,85	17	15,17	41	11,68
21 a 30 anos	40	16,73	22	19,64	62	17,66
31 a 40 anos	65	27,19	29	25,89	94	26,78
41 a 50 anos	34	14,22	12	10,71	46	13,10
51 a 60 anos	34	14,22	13	11,60	47	13,39
61 a 70 anos	15	6,27	4	3,57	19	5,41
71 a 80 anos	8	3,34	4	3,57	11	3,13
> de 80 anos	3	1,25	0	-	3	0,85
Total	239	68,09	112	31,91	351	

FONTE: SEPIH HC-UFPR

Assim, dos pacientes estudados, 68,09% eram do sexo masculino, tendo a faixa etária dos 31 aos 40 anos de idade mais atingida. Nos casos presentes entre

¹⁰ Escalonamento das variáveis: para este estudo foi utilizado o escalonamento/divisão de variáveis existentes nas tabelas e gráficos de acordo com a composição da ficha de notificação de tuberculose. Quanto às variáveis que lá não se encontram escalonadas, o critério utilizado foi o existente no relatório do Ministério da Saúde sobre Tuberculose, para aproximação das comparações.

mulheres a mesma faixa etária concentrou o maior percentual (25,89%), seguido pelo grupo de 21 a 30 anos, com 19,64% dos casos, faixa etária que também se comportou como a segunda mais afetada entre os homens (16,73%) (TABELA 2).

Com referência à escolaridade, expressando de certa forma o nível socioeconômico, a mesma se apresenta de forma bastante homogênea, na medida em que ambos os sexos possuem grau de escolaridade concentrado próximo da conclusão do ensino fundamental. É importante ressaltar que quase a metade das fichas de notificação (mais de 41% em ambos os sexos) traz nesse campo o preenchimento “ignorado”, deixando grande lacuna no real conhecimento da escolaridade dos pacientes acompanhados nesse período, além de evidenciar os problemas existentes com o preenchimento das fichas de notificação na conformação atual (TABELA 3).

TABELA 3. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO ESCOLARIDADE E SEXO. HC-UFPR, 2007 A 2012.

ESCOLARIDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	3	1,25	1	0,89	4	1,13
1 - 4 série incompleta	18	7,53	6	5,35	24	6,83
4ª série completa	11	4,60	5	4,46	16	4,55
Ensino Fundamental incompleto	27	11,29	18	16,07	45	12,82
Ensino Fundamental completo	15	6,27	6	5,35	21	5,98
Ensino Médio incompleto	12	5,02	8	7,14	20	5,69
Ensino Médio completo	19	7,94	7	6,25	26	7,40
Ensino Superior incompleto	3	1,25	1	0,89	4	1,13
Ensino Superior completo	6	2,51	1	0,89	7	1,99
Ignorado	100	41,84	46	41,07	146	41,59
Não se aplica	21	8,78	10	8,92	31	8,83

Continua

TABELA 3. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO ESCOLARIDADE E SEXO. HC-UFPR, 2007 A 2012. Continuação e conclusão

ESCOLARIDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Não preenchido	4	1,67	3	2,67	7	1,99
Total	239		112		351	

FONTE: SEPIH HC-UFPR

Quando se analisa a ocupação, percebe-se a presença de 88 nomenclaturas de ocupações, todas elas referenciadas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 2010). Para o agrupamento das ocupações também foi utilizado o mesmo referencial, ficando cada grupo representado pelo significado que segue:

- MEMBROS SUPERIORES DO PODER PÚBLICO, DIRIGENTES DE ORGANIZAÇÕES DE INTERESSE PÚBLICO E DE EMPRESAS E GERENTES, que compreende profissões cujas atividades principais consistem em definir e formular políticas de governo, leis e regulamentos, fiscalizar a aplicação dos mesmos, representar as diversas esferas de governo e atuar em seu nome, preparar, orientar e coordenar as políticas e as atividades de uma empresa ou de uma instituição, seus departamentos e serviços internos. Para efeito prático, foi reduzida a categoria para “Donos e gerentes no comércio varejista e atacadista”, visto que não havia presença de ocupações de outros segmentos.
- PROFISSIONAIS DAS CIÊNCIAS E DAS ARTES, que compreende as ocupações cujas atividades principais requerem para seu desempenho conhecimentos profissionais de alto nível e experiência em matéria de ciências físicas, biológicas, sociais e humanas. Para efeito prático, a categoria ficou nomeada como “profissionais de nível superior e professores”, pois foi nessa categoria que todas as ocupações de nível superior e os professores se encaixaram, além de não ter nenhuma outra ocupação divergente.
- TÉCNICOS DE NÍVEL MÉDIO, que compreende as ocupações cujas atividades principais requerem para seu desempenho conhecimentos técnicos e experiência em várias disciplinas das ciências físicas e biológicas ou das ciências sociais e humanas.

- TRABALHADORES DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, que compreende tanto aqueles que realizam trabalhos burocráticos, sem contato constante com o público quanto os trabalhadores administrativos de atendimento ao público.
- TRABALHADORES (PRESTADORES) DOS SERVIÇOS, VENDEDORES DO COMÉRCIO EM LOJAS E MERCADOS, que compreendem as ocupações cujas tarefas principais requerem para seu desempenho os conhecimentos e a experiência necessários para a prestação de serviços às pessoas, serviços de proteção e segurança ou a venda de mercadorias em comércio e mercados.
- TRABALHADORES AGROPECUÁRIOS, FLORESTAIS E DA PESCA, que compreende as ocupações cujas atividades principais requerem para seu desempenho os conhecimentos e a experiência necessários para a obtenção de produtos da agricultura, da silvicultura e da pesca.
- TRABALHADORES DA PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS INDUSTRIAIS, que compreende as ocupações cujas atividades principais requerem para seu desempenho os conhecimentos e as atividades necessários para produzir bens e serviços industriais. Concentra os trabalhadores de produção extrativa, da construção civil e da produção industrial.
- TRABALHADORES DE REPARAÇÃO E MANUTENÇÃO, que compreende as ocupações cujas atividades principais requerem, para seu desempenho, os conhecimentos e as atividades necessários para reparar e manter toda a sorte de bens e equipamentos, seja para uso pessoal, de instituições, empresas e do governo.

A seguir se apresenta o gráfico que demonstra a distribuição dos usuários com o agravo de acordo com suas ocupações:

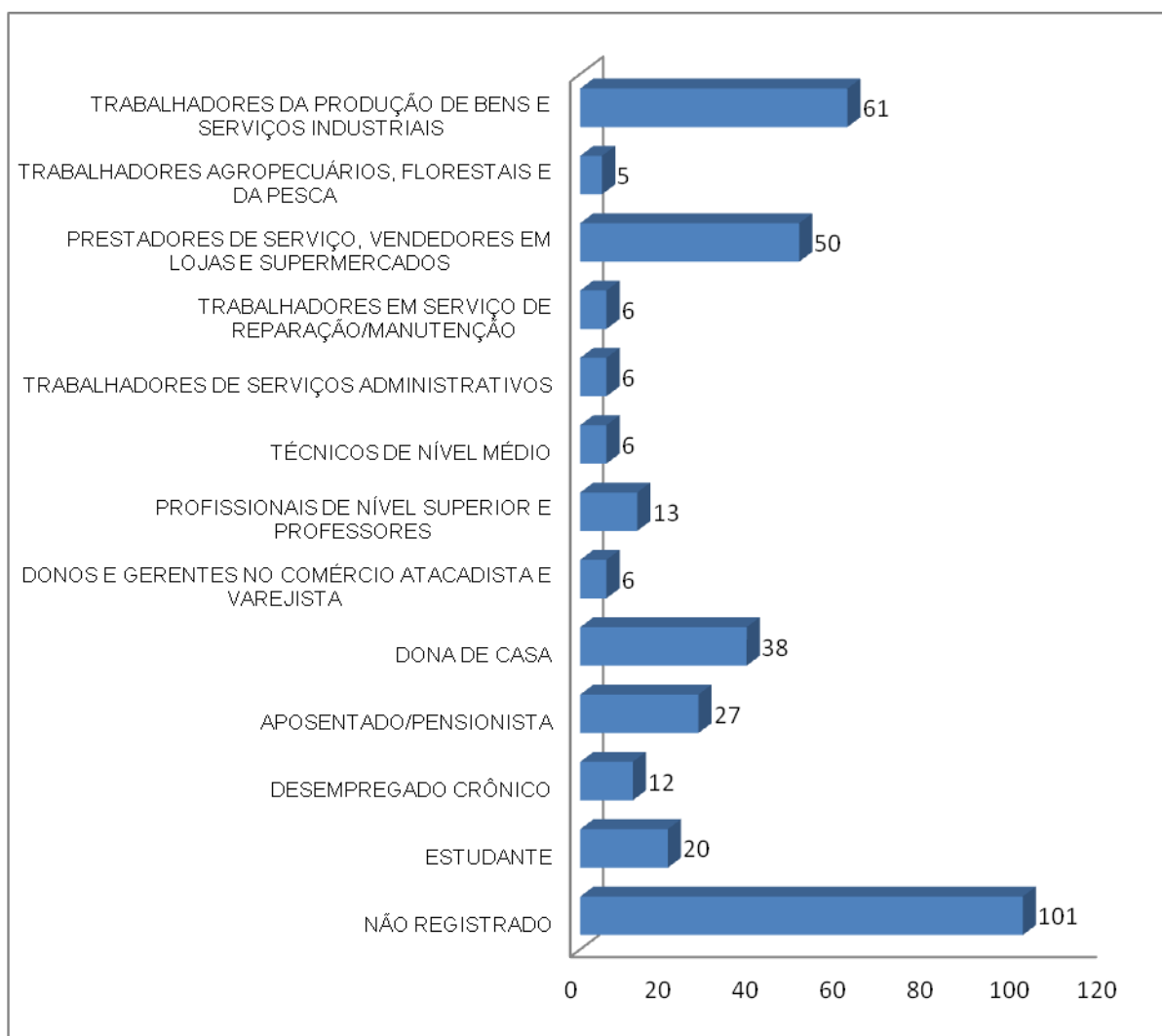


GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO OCUPAÇÃO. HC-UFPR, 2007 A 2012. FONTE:SEPIH HC-UFPR

Assim, percebe-se uma grande quantidade de pessoas fora do mercado de trabalho, visto que dos 351 casos registrados e desconsiderando 101 fichas que não foram preenchidas adequadamente no campo “ocupação”, 12 pessoas se declararam desempregados, 27 são aposentados e/ ou pensionistas e 38 são donas de casa, o que representa 30% das ocupações registradas, sem considerar os estudantes (GRÁFICO 1).

Em relação aos agrupamentos de ocupações, destaca-se o de prestadores de serviço, vendedores em lojas e supermercados e o de trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, que juntos somam 111 registros, 44% dos registros válidos (GRÁFICO 1).

O Gráfico 2 esquadrinha esses dois agrupamentos de ocupações, demonstrando quais as ocupações específicas se destacam, como se vê abaixo:

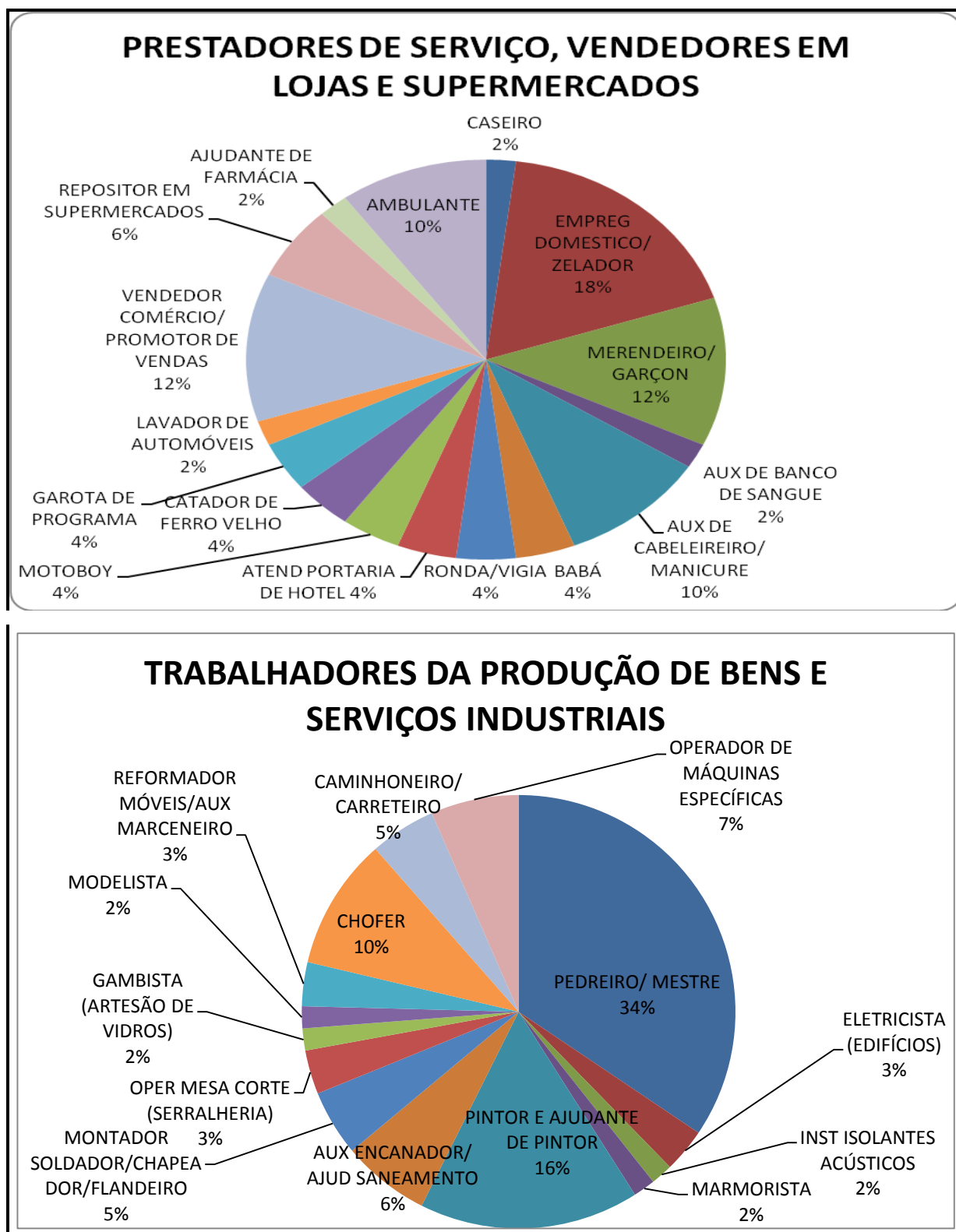


GRÁFICO 2. ESPECIFICAÇÃO DAS OCUPAÇÕES DAS CATEGORIAS MAIS REPRESENTATIVAS DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, HC-UFPR, 2007-2012
 FONTE: SEPIH HC-UFPR

Pode-se observar que esses agrupamentos concentram grande parte de trabalhadores informais (empregados domésticos, garçons, ambulantes, babás, motoboys, pedreiros, pintores, motoristas, etc.), além de ocupações perigosas e insalubres (catador de ferro velho, ronda/vigia, garota de programa, caminhoneiro, soldados, etc.) (GRÁFICO 2).

Um dos campos da ficha epidemiológica questiona se o agravo adquirido seria relacionado ao trabalho/ocupação e dentre todos os casos analisados apenas 02 relataram que a tuberculose poderia ser relacionada ao trabalho, tendo os indivíduos nesses casos as ocupações de entaipador¹¹ e auxiliar de ambulatório.

A distribuição dos casos de tuberculose conforme a raça aparece bastante polarizada, apontando 290 dos 351 casos (82%) como sendo da raça branca, seguida pela raça parda com 38 casos (11%) e preta com 13 casos (4%), como se vê no gráfico abaixo (GRÁFICO 3):

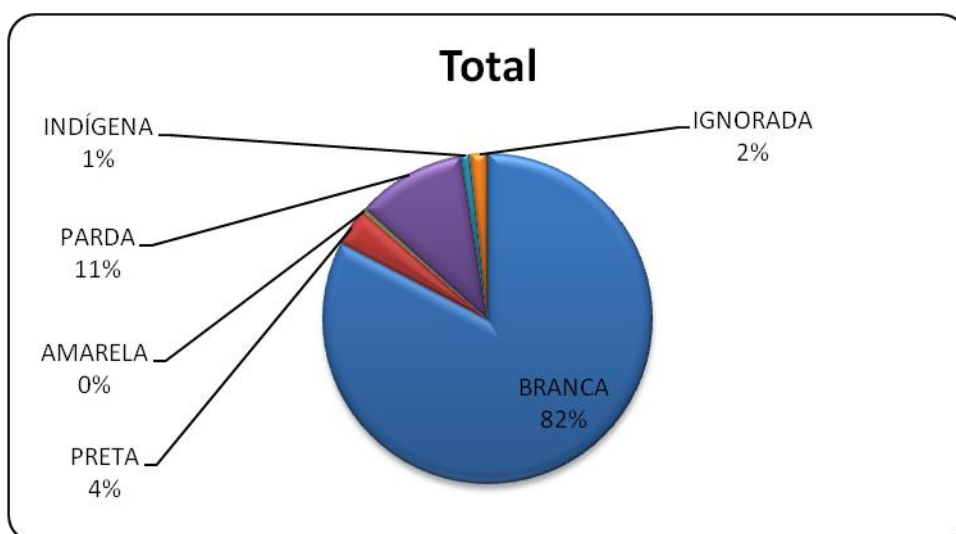


GRÁFICO 3. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, CONFORME RAÇA, HC-UFPR, 2007 A 2012.
FONTE: SEPIH HC-UFPR

Ressalta-se que a inclusão da variável “Raça/cor” nos Sistemas de Informação Hospitalar (SIH) e Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS) foi oficializada pela Portaria SAS nº 719, de 28 de dezembro de 2007 que define que a coleta de dados de identificação do usuário do SUS deve atender a classificação

¹¹ Entaipador: sinônimo de pedreiro na CBO : Organizam e preparam o local de trabalho na obra; constroem fundações e estruturas de alvenaria. Aplicam revestimentos e contrapisos (CBO, 2010).

expressada pelo próprio usuário ou seu responsável, ficando facultado ao indivíduo a definição de seu pertencimento (SÃO PAULO, 2011).

Com relação aos municípios de residência dos pacientes atendidos no hospital cenário do estudo, fica bastante evidenciada a relação que este possui com a cidade em que está inserido, visto que mais da metade dos casos (58,4%) residem na capital do Estado. Não obstante, outros 28,2% dos casos residem no entorno da capital, ou seja, na Região Metropolitana da cidade, como se observa na Tabela 4. O restante dos pacientes possui residência no litoral e interior do Estado e alguns poucos em outros estados vizinhos. Ressalta-se o município de Colombo, pertencente à Região metropolitana de Curitiba, com 27 casos, quase 8% do total.

Na tabela abaixo pode-se verificar a procedência municipal dos casos estudados, de acordo com suas residências:

TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA. HC-UFPR, 2007 A 2012.

UF	MUNICÍPIO		N	%
PR	Curitiba	Capital	205	58,40
PR	Outros municípios	Região metropolitana	99	28,20
PR	Outros municípios	Litoral	10	2,84
PR	Outras cidades	Interior	29	8,26
SC	Outras cidades		5	1,42
MG, SP E PE	Outras cidades		3	0,85
Total			351	

FONTE: SEPIH HC-UFPR

Outro fator importante sobre as condições de moradia pode ser observado analisando-se a caracterização da zona na qual as pessoas residem, sendo que nesta amostra 94,87% residem em área urbana. Na tabela a seguir, pode-se verificar que de todos os casos registrados apenas seis pessoas referiram residir em área rural e cinco em área periurbana¹² (TABELA 5).

¹² Espaço Urbano se caracteriza por ser pertencente à cidade, apresentar alta densidade demográfica, infra-estrutura moderna, áreas residenciais, comerciais e industriais. Espaço Rural é relativo ao campo, ao interior. Espaço Periurbano é aquele que se situa na vizinhança imediata de uma cidade, também podendo ser chamado de região metropolitana. (SIGNIFICADOS, 2014).

TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, DE ACORDO COM A ZONA DE RESIDÊNCIA, HC-UFPR, DE 2007 A 2012.

ZONA	N	%
Urbana	333	94,87
Rural	6	1,70
Periurbana	5	1,42
Ignorado	2	0,56
Sem registro	5	1,42
TOTAL	351	

FONTE: SEPIH HC-UFPR

Na capital do estado, Curitiba, município que concentra a maior parcela dos casos, pode-se observar a disposição espacial da residência dos pacientes de acordo com o bairro que residem e a regional de saúde a qual pertencem. Na organização administrativa, existem nove regionais que organizam os bairros para a operacionalização das ações de saúde. Ao analisar a distribuição dos casos nessas regionais, conforme o contido na Figura 2, pode-se perceber a maior concentração na Regional Boa Vista, com 37 casos, zona norte do município. Em seguida, a Regional do Portão e a Regional Matriz, com 29 e 25 casos respectivamente.

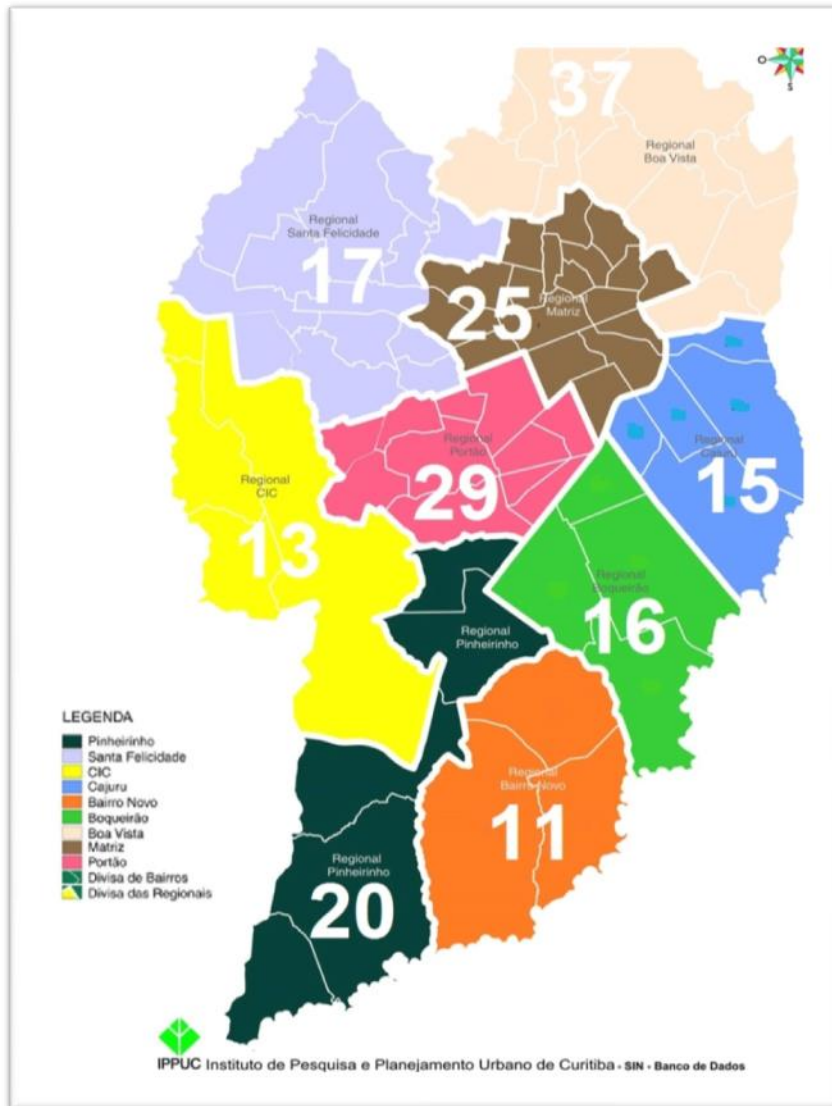


FIGURA 5. DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS DE TUBERCULOSE REGISTRADOS NO HC-UFPR, SEGUNDO REGIONAL DE RESIDÊNCIA, 2007 A 2012.
FONTE: SEPIH HC-UFPR

Dos 351 casos notificados no período de 2007 a 2012, o SEPIH/HC-UFPR registrou 124 (35%) com co-infecção pelo vírus HIV - AIDS (GRÁFICO 4).

Além da AIDS, os pacientes com tuberculose desse estudo apresentaram outras comorbidades, sendo a segunda em importância o alcoolismo, presente em 17,37% dos casos. Outras comorbidades foram relacionadas, como por exemplo: hipertensão arterial, asma, hepatites, drogadição e tabagismo.

Gráfico 4. Distribuição dos pacientes de tuberculose, de acordo com suas comorbidades, HC-UFPR, 2007 a 2012.

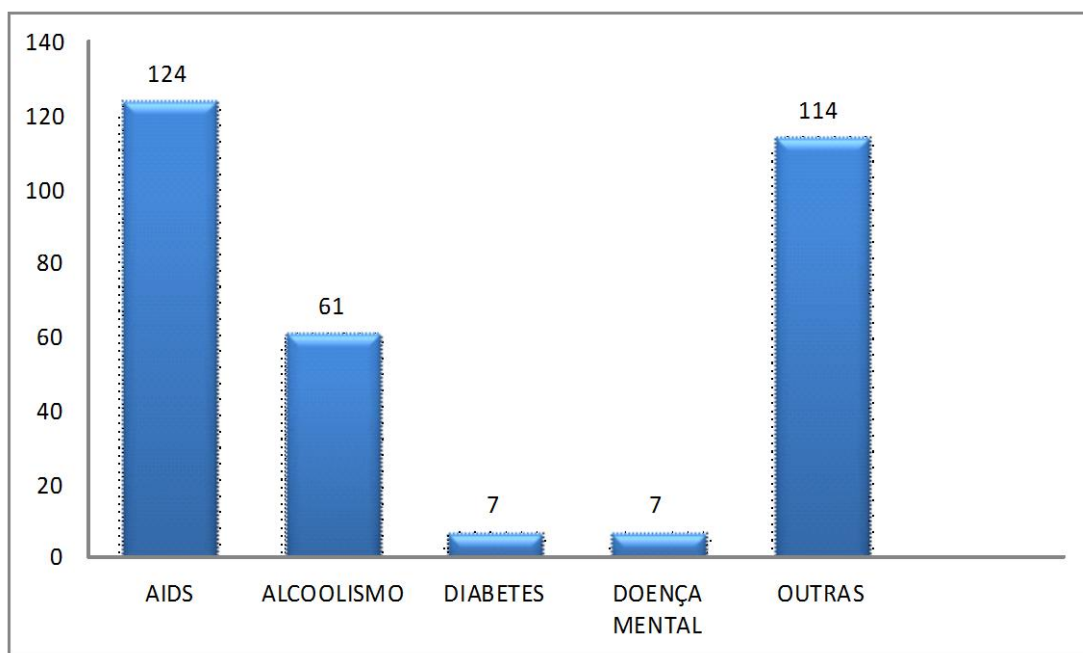


GRÁFICO 4. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE TUBERCULOSE, DE ACORDO COM SUAS COMORBIDADES, HC-UFPR, 2007 A 2012.

FONTE: SEPIH HC-UFPR

A respeito da forma clínica da TB, a forma extrapulmonar foi a mais incidente (47,86%) de maneira geral, evidenciando a complexidade dos casos que são abordados no ambiente hospitalar. O que chama a atenção é a forma combinada de TB pulmonar + extrapulmonar, que em indivíduos que apresentam a AIDS como comorbidade é bem mais incidente do que em indivíduos que não possuem tal comorbidade, como se pode observar na tabela abaixo (TABELA 6):

TABELA 6. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO E INFECÇÃO PELO HIV, HC-UFPR, 2007 A 2012.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	HIV POSITIVO		HIV NEGATIVO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Tuberculose pulmonar	46	37,09	101	44,49	147	41,88
Tuberculose extrapulmonar	57	45,96	111	48,89	168	47,86
Tuberculose pulmonar + extrapulmonar	21	16,93	15	6,60	36	10,25
Total	124	100	227	100	351	100

FONTE: SEPIH HC-UFPR

Dentre as localizações anatômicas da tuberculose extrapulmonar, verificou-se que também existe diferença entre os pacientes com AIDS e os que não possuem

essa comorbidade. A tuberculose pleural acometeu muito mais os indivíduos sem AIDS (38,09%) em relação aos que possuem tal agravo (11,53%). Na tabela abaixo, pode-se verificar que para os casos coinfectados pela AIDS as formas de tuberculose extrapulmonar que os atingiram em maior proporção foram: ganglionar, meningoencefálica e miliar, com 23,07%, 20,51% e 19,23% respectivamente e para os casos sem esta coinfecção a forma pleural foi mais encontrada (TABELA 7):

TABELA 7. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO A LOCALIZAÇÃO DA TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR E COINFECÇÃO PELO HIV, HC-UFPR, 2007 A 2012.

FORMA DE TB EXTRAPULMONAR	HIV POSITIVO		HIV NEGATIVO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Pleural	9	11,53	48	38,09	57	27,94
Ganglionar	18	23,07	21	16,66	39	19,11
Geniturinário	2	2,56	10	7,93	12	5,88
Óssea	0	-	11	8,73	11	5,39
Ocular	0	-	1	0,79	1	0,49
Miliar	15	19,23	6	4,76	21	10,29
Meningoencefálica	16	20,51	9	7,14	25	12,25
Cutânea	1	1,28	2	1,58	3	1,47
Laríngea	1	1,28	2	1,58	3	1,47
Outra	16	20,51	16	12,69	32	15,68
TOTAL	78	100	126	100	204	100

FONTE: SEPIH HC-UFPR

Com referência ao tipo de entrada para tratamento, 80% dos casos se caracterizam como casos novos, ou seja, aqueles que desenvolveram a doença e a estão tratando pela primeira vez. Usuários vindos por meio de transferência entre serviços representaram pouco mais de 10% dos casos. A minoria, mas não menos importante, são os casos de recidiva, reconhecidos como aqueles que desenvolveram a doença após já terem sido tratados e curados anteriormente, bem como os reingressos por abandono, que são aqueles que interromperam o tratamento por mais de 30 dias consecutivos e retornaram para continuidade, correspondendo a 4,84% e 3,98% do total dos casos respectivamente (TABELA 8).

A seguir, a Tabela 8 apresenta o tipo de entrada para tratamento que os casos estudados apresentaram:

TABELA 8. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO O TIPO DE ENTRADA PARA TRATAMENTO, HC-UFPR, 2007 A 2012.

TIPO DE ENTRADA	N	%
Caso novo	281	80,05
Recidiva	17	4,84
Reingresso após abandono	14	3,98
Não sabe	1	0,28
Transferência	38	10,82
TOTAL	351	100

FONTE: SEPIH HC-UFPR

Com relação ao tratamento medicamentoso, percebeu-se a utilização de esquemas alternativos para casos resistentes, de intolerância ou hepatotoxicidade (uso de Estreptomicina e Etionamida, além de outras 24 drogas associadas aos esquemas de tratamento a critério médico) (GRÁFICO 5). Quanto ao uso do Etambutol como quarto fármaco, em comparação com os outros três (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida) é importante lembrar que esse fármaco só foi introduzido no esquema básico em 2009, ou seja, na metade da seleção da amostra escolhida.

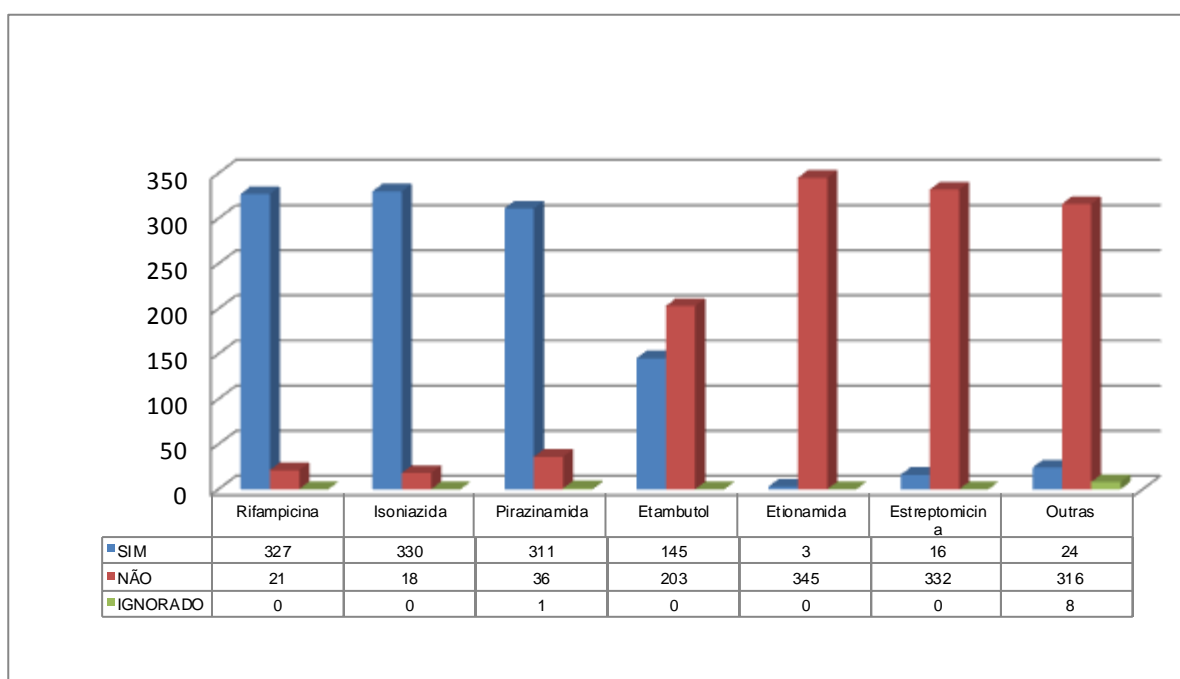


GRÁFICO 5. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO AS DROGAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO. HC-UFPR, 2007 A 2012.

FONTE: SEPIH HC-UFPR

Por fim, quando observada a indicação de acompanhamento do tratamento e entendendo que o período intra-hospitalar é um período curto comparado ao tempo total de tratamento, se faz necessário considerar a indicação de tratamento

supervisionado. Do total de pacientes atendidos no HC-UFPR, 54% foram indicados para o tratamento supervisionado, ou seja, aquele em que a tomada de medicação é verificada por um profissional de saúde diariamente, conforme se vê no gráfico a seguir (GRÁFICO 6):

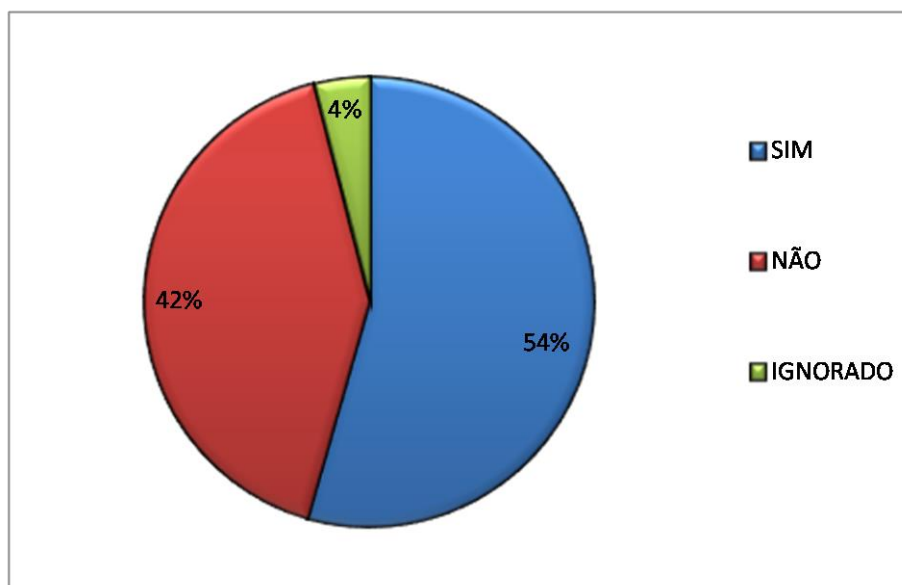


GRÁFICO 6. PERCENTUAL DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE, SEGUNDO A INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO SUPERVISIONADO. HC-UFPR, 2007 A 2012.
FONTE: SEPIH HC-UFPR

5.2 DISCUSSÃO

Conforme explicitado anteriormente, para a discussão dos resultados apresentados as dimensões da TIPEsc foram utilizadas como categorias analíticas como se exibe a seguir.

5.2.1 A Dimensão Estrutural

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) atendeu, no período de 2007 a 2012, 351 casos de tuberculose em seu interior. Inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), o HC compõe a rede de saúde de

Curitiba e do Paraná, recebendo os usuários procedentes dessa localização. Sabe-se que a vinculação desses indivíduos se dá via Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidades De Pronto Atendimento (UPA) existentes em diversos locais da cidade, visto que a procura direta não é mais realidade no referido hospital. Vale mencionar que desde maio de 2014 uma dessas unidades (UPAs) tem funcionado no mesmo prédio do HC, e apesar de independente aproxima os atendimentos do referido hospital.

Arakawa *et al.* (2011) colocam que quando algum problema de saúde exige enfrentamento, o sistema de saúde precisa estar organizado de maneira a garantir que o indivíduo seja atendido de maneira efetiva. Isso significa que a forma de vinculação dos sujeitos ao sistema de saúde precisa acontecer de maneira a contemplar os princípios do SUS.

Isto é percebido quando comentamos sobre a forma de entrada no tratamento dos casos estudados, em que 10% foram provenientes de transferências (TABELA 8), o que significa que a integração entre os níveis de atenção precisa acontecer de maneira adequada, para assegurar a continuidade do tratamento.

A existência de uma rede integrada se reflete na articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, na medida em que distintas intervenções do cuidado acontecem e são percebidas pelo usuário do sistema de forma contínua, independentemente do local onde o cuidado seja prestado, de maneira adequada às suas necessidades e que responda às suas expectativas pessoais (ALMEIDA *et al.*, 2010). Ou seja, a integração dos cuidados se traduz na coordenação permanente das práticas clínicas designadas ao indivíduo acometido por algum problema de saúde, intentando assegurar a continuidade e a globalidade da atenção necessitada, articulada no tempo e no espaço, integrando diferentes profissionais e equipes de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

É importante salientar que as políticas públicas relacionadas ao agravo da tuberculose precisam subsidiar o desenvolvimento dos serviços de saúde no controle desse agravo, garantindo que ações de vigilância em saúde ocorram de maneira satisfatória. Percebe-se no cenário do estudo que muitas coisas poderiam depreender maior atenção. O próprio preenchimento adequado da ficha de notificação é um fator que merece ser garantido, visto que inúmeros campos importantes são negligenciados durante o preenchimento, como o campo da escolaridade, no qual houve um não preenchimento adequado de quase 50% da

amostra. Limas *et al.* (2013) afirmam que a omissão de informações nos documentos de pacientes traz uma grande preocupação sobre a interpretação que os profissionais de saúde atribuem ao desenvolvimento do processo saúde-doença.

Estratégias de enfrentamento da tuberculose estabelecidas pelo Ministério da Saúde incluem a organização e funcionamento, dentro de unidades hospitalares, de uma comissão de TB intra-hospitalar composta pelos atores-chave: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, Núcleo de Vigilância Hospitalar – NVH, medicina do trabalho e demais setores envolvidos (unidades de emergência, infectologia, pneumologia etc.). Essa comissão seria responsável por implantar e avaliar os indicadores de monitoramento da efetividade das ações de controle da tuberculose, além de desenvolver planos de informação/educação e comunicação/mobilização social (BRASIL, 2011).

Essa política se mostra como de extrema importância, diante do fato que há tempos esse agravo tem deixado de ser tratado no ambiente hospitalar e absorvido pela Atenção Primária à Saúde (APS), levando a prevalência dos casos hospitalares como os mais agravados, multi-resistentes e/ ou com comorbidades associadas (GALESI, 2007). Isso se percebe na Tabela 6, em que as tuberculoses extra-pulmonares e combinações de pulmonares+extra-pulmonares somam mais de 57% dos casos. Além disso, dos casos exclusivamente pulmonares 31% apresentam co-infecção com HIV.

Não se pode pensar em cuidar individual e/ou coletivamente de casos de tuberculose de tamanha complexidade sem estrutura política, física e administrativa.

Além de política de vigilância em saúde, o Ministério da Saúde prevê, no Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o tratamento supervisionado e o esquema medicamentoso padrão. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é um elemento-chave da estratégia DOTS (*Directly Observed Therapy Short Course*) que visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura, em que sem mudanças no esquema terapêutico o profissional treinado passa a observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura (BRASIL, 2011). Essa estratégia busca construir vínculo entre o profissional de saúde e o usuário e tende a possibilitar maior adesão ao tratamento. De 2007 a 2012, no HC-UFPR, apenas pouco mais da metade dos pacientes foi indicada para o tratamento

supervisionado (GRÁFICO 7), opção que não vai de encontro às orientações das políticas públicas do PNCT e da própria OMS, que instituiu o TDO desde 1995 para todos os casos (SOTGIU; SPANEVELLO; MIGLIORI, 2013).

Para o tratamento medicamentoso, utilizam-se quatro fármacos para o esquema básico. Até 2009 o Etambutol só era administrado em casos de falência do primeiro esquema, mas após uma revisão e constatação de resistência primária à Isoniazida, ele foi introduzido como quarto fármaco no esquema básico de tratamento (DALCOMO, 2012). Nos casos analisados se percebe claramente a transição desse tratamento, na medida em que o uso do Etambutol apresenta-se reduzido em relação às outras três drogas do esquema básico (Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida). Assim, pode-se verificar a adequação e conformidade com as orientações do PNCT.

5.2.2 A Dimensão Particular

Quando foi apresentado o resultado do critério raça, o que se percebeu foi uma predominância exacerbada da raça branca (82%), o que pode não refletir a realidade (GRÁFICO 3). Limas *et al.* (2013) comentam que profissionais da área da saúde ou mesmo técnicos administrativos que preenchem as informações do cadastro das pessoas no Sistema de Internação Hospitalar apresentam dificuldades em preencher tal campo. Por outro lado, cabe lembrar que a população do estado do Paraná é composta em sua maioria por indivíduos da raça branca, acima de 70% de acordo com o censo de 2010 (IBGE, 2014).

Esse fato pode também colaborar para o entendimento desse dado, visto que no Brasil, em geral, a população branca não chega a 50%. Assim, a raça das pessoas aponta para maior ou menor vulnerabilidade frente aos agravos de saúde e por isso a necessidade de conhecer melhor essa particularidade desse grupo, mas entendendo que isoladamente essa variável pode não receber a atenção que merece.

Sabe-se que nas populações mais vulneráveis, as taxas de incidência da tuberculose são maiores do que a média nacional da população geral. A incidência da tuberculose de forma geral é duas vezes maior na população negra e quatro

vezes maior na indígena (PILLER, 2012). Portanto, ao perceber que nesse estudo essa realidade não se refletiu, se leva tanto ao questionamento sobre o preenchimento desse campo quanto a um olhar diferenciado sobre a raça das pessoas residentes na região, para que então se possa relacionar essa variável ao comportamento do agravo estudado.

Em relação aos municípios de residência pudemos observar a grande concentração de indivíduos na capital e região metropolitana (86% das procedências), o que faz bastante sentido, visto que o hospital em questão compõe a rede de atenção dessa grande capital e recebe os usuários encaminhados dessa região (TABELA 5). Percebeu-se também que a zona urbana é, sem dúvida, a região em que as pessoas acometidas pela tuberculose habitam. Piller (2012) subsidia tal apontamento quando afirma que nos países em desenvolvimento, os grandes centros urbanos, com suas situações de confinamento e marginalização, formam um grande grupo de indivíduos vulneráveis entre os quais a tuberculose é prevalente, o que contribui para perpetuar a doença.

Nos grandes centros urbanos são recorrentes situações de pobreza e baixa escolaridade, pessoas vivendo na rua, abuso de álcool e drogas, bem como a dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde, o que determina a prevalência do agravo (PILLER, 2012). Isso vem de encontro com a distribuição geográfica da tuberculose na Grande Curitiba, na medida em que a Zona Norte da cidade em conjunto com o Município de Colombo e Almirante Tamandaré detém grande número de casos, e se configuram como regiões mais pobres, com menor renda per capita junto com o extremo sul da cidade (CURITIBA, 2013). Destaca-se também a regional Matriz, com grande parte dos casos residindo no centro da cidade, muitas vezes em pensões e pequenos hotéis.

Cabe lembrar que até 2012 o HC possuía um contrato de gestão com a Prefeitura de Curitiba sobre a referência de vinculação das UPAs com seu Pronto Atendimento, em que eram apenas as UPAs Boa Vista e Fazendinha (regional Portão) que encaminhavam usuários ao HC. Tal fato também pode justificar a existência de um número maior de casos provenientes dessas regiões e levar a discussão dessa variável, em parte, para a dimensão estrutural, o que evidencia a interdependência das dimensões.

Outro fator determinante para o desenvolvimento do agravo (e para qualquer processo saúde-doença) é relacionado à inserção no mercado de trabalho. A

organização do trabalho, permeando o indivíduo, modifica a sua maneira de relacionar com o ambiente social e traz efeitos sobre a saúde não previamente conhecidos ou dimensionados (ASSUNÇÃO, 2003).

Quando se observa a maneira como o grupo estudado se insere no mercado de trabalho, o que os caracteriza é a distância das profissões de nível mais graduado. Um número representativo de donas de casa e aposentados, 38 (11%) e 27 (7,5%) respectivamente, (n=351) chama a atenção (GRÁFICO 1). Dos indivíduos inseridos no mercado de trabalho, entre 2007 e 2012, grande parte da classe trabalhadora se encontrava em situações de trabalho informal, como prestadores de serviço (GRÁFICO 2). Ressalta-se ainda a presença de 12 casos de desempregados.

A influência das condições socioeconômicas no adoecimento e no abandono do tratamento da tuberculose é percebida há tempos. Tanto o emprego quanto o desemprego podem ser motivos de abandono; o primeiro por medo de perdê-lo e o segundo pela priorização da subsistência, que leva ao adiamento da procura pelos serviços de saúde (PAIXÃO; GONTIJO, 2007).

É importante salientar que na ficha epidemiológica existe um campo específico para relacionar o desenvolvimento da doença com a atividade laboral e dentre todos os 351 casos registrados entre 2007 e 2012 apenas dois registros explicitaram esta relação. O que faz refletir nessa questão é que dentre as ocupações relacionadas existem enfermeiros, auxiliar de obstetrícia, auxiliar de ambulatório, além de inúmeras ocupações que tem extremo contato com pessoas em ambientes fechados, como manicure, babá, secretário executivo, encarregado de recepção, porteiro de hotel, etc. A tuberculose é uma doença transmitida por contato e o ambiente de trabalho pode ser mais determinante do que se está percebendo (BRASIL, 2011).

5.2.3 A Dimensão Singular

Na singularidade dos indivíduos pôde-se observar a maior prevalência do agravo no sexo masculino com 68% dos casos (TABELA 1). No Brasil, a tuberculose tem o dobro da incidência nos homens (49,6/100.00 habitantes) em relação às

mulheres (24,6/100.000 habitantes), o que espelha o perfil encontrado no estudo (PILLER, 2012). Para esse autor, o grupo na faixa etária que vai dos 20 aos 49 anos se apresenta como o mais atingido pela tuberculose, sendo responsável por 63% dos casos novos da doença registrados em 2009. Essa afirmação vem de encontro ao achado nesse estudo, visto que em ambos os sexos a maior concentração dos casos foi entre os 31 e 40 anos (TABELA 1).

Essa faixa etária representa um grupo em plena idade produtiva, grupo este que de forma dialética organiza processos protetores e de desgaste por meio da inserção no mundo do trabalho, o que vem de encontro ao processo de adoecimento pela tuberculose. Para Limas *et al.*(2013), situações como essas, que causam afastamento do trabalho durante certo período – o indivíduo em tratamento deve permanecer em isolamento aéreo durante aproximadamente 15 dias após o início da antibioticoterapia – geram estressores ainda maiores.

No entanto, as variabilidades interindividuais são grandes. Alguns indivíduos conseguem desenvolver mecanismos para evitar o sofrimento e protegem o seu tempo extralaboral (ASSUNÇÃO, 2003).

Quanto à escolaridade, nota-se relativa similaridade entre os sexos, concentrando 65% dos casos registrados adequadamente (desconsiderando o preenchimento do campo ignorado ou o não preenchimento) até o Ensino Fundamental completo (TABELA 3). É necessário comentar que quase a metade dos casos não teve essa variável registrada adequadamente, conforme já comentado anteriormente. Esse dado se mantém similar à média nacional, com percentual maior para até 8 anos de estudo, que em 2013 ficou em 57% (BRASIL, 2014). Apesar da similaridade, a média nacional se apresenta melhor, visto que 43% dos casos de tuberculose possuem mais do que oito anos de estudo e na população aqui estudada apenas 35%.

Dentre os aspectos clínicos, a forma extra-pulmonar foi a mais frequente, independentemente da comorbidade com o HIV (TABELA 6). O que diferiu os grupos HIV positivo e negativo foi que para os primeiros as formas extra-pulmonares mais frequentes foram ganglionar periférica, meningoencefálica e miliar e nos indivíduos sem co-infecção foi a forma pleural (TABELA 7). Essa situação encontra respaldo nas orientações do PNCT, que orienta tratamento nas UBSs para as formas pulmonares sem complicação e na rede hospitalar para as formas com clínica complicada, com co-infecção, intolerâncias e resistências (BRASIL, 2011).

Em relação à diferença da localização das formas extra-pulmonar entre os grupos citados, pode-se comentar sobre como a presença do vírus HIV deixa os indivíduos mais suscetíveis ao desenvolvimento desse agravo em *locus* mais complicados de tratar e com formas mais graves para o organismo (WHO, 2014).

Além do HIV, os pacientes estudados apresentavam outras comorbidades, das quais se pode destacar o uso de álcool em 17% dos casos e o uso de drogas lícitas e ilícitas (*crack*, tabaco e maconha) representando 20% de todas as comorbidades (GRÁFICO 4). Esse é um dado de extrema importância, diante do fato que problemas como etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas, concomitantes ao tratamento da tuberculose, dificultam a obtenção do sucesso terapêutico. Dentre as doenças associadas à tuberculose, o etilismo merece evidência, porque dificulta a adesão ao tratamento e exacerba o quadro clínico (SÁ *et al.*, 2007).

6 A REALIDADE OBJETIVA DA ALTA HOSPITALAR DA TB – O HOSPITAL E O MUNICÍPIO DE CURITIBA

Nessa etapa do estudo foram realizadas entrevistas com informantes-chave eleitos conforme descrição anterior.

Além dos enfermeiros do hospital cenário do estudo, as entrevistas foram realizadas com enfermeiros da Atenção Primária com o intuito de conhecer o itinerário do portador de TB após ter alta hospitalar, itinerário que serviu de subsídio para a proposta de Gestão do Cuidado. Portanto, ouvir os enfermeiros que atendem antes e após a alta hospitalar propiciou o reconhecimento da realidade objetiva.

Da mesma maneira, fez-se necessário compreender como os usuários percebem o tratamento, ou seja, como a experiência deles pôde revelar as fragilidades nesse processo para que possam ser corrigidas.

6.1 O PROCESSO DAS ENTREVISTAS

Para a seleção dos usuários a serem entrevistados, foi observado o registro dos mesmos como pacientes do hospital no período compreendido entre julho de 2013 e janeiro de 2014. Constaram no banco de dados do Serviço de Epidemiologia Hospitalar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná 29 usuários registrados com TB para esse período, que residiam no Município de Curitiba e eram maiores de 18 anos.

Ao examinar detalhadamente o relatório emitido pelo Serviço de Epidemiologia foi verificada equivocadamente a presença de um usuário menor de 18 anos e sete residentes em outros municípios no relatório. Além disso, dois registros, apesar de realizados no período descrito acima, se referiam a pacientes cuja alta hospitalar havia ocorrido há mais de seis meses, ou seja, fora do período pretendido para o estudo. Também estavam listados oito óbitos e três registros de tratamentos ambulatoriais. Assim sendo, dos 29 usuários apenas oito foram elegíveis para a entrevista.

Dos oito usuários selecionados, dois apresentaram problemas com os dados cadastrais e não foram localizados e um se recusou a participar, o que acabou por estabelecer cinco entrevistados portadores de tuberculose.

Em relação aos enfermeiros das UBS de Curitiba, de acordo com os critérios propostos pelo estudo, os nove distritos sanitários indicaram a UBS com maior registro de casos de TB, sendo entrevistado o enfermeiro responsável pelo Programa de Tuberculose das referidas unidades. Em algumas unidades, todos os enfermeiros cuidam dos casos de maneira compartilhada, principalmente nas organizadas em Estratégia Saúde da Família; nesses casos o critério utilizado para a escolha do enfermeiro foi a disponibilidade e o desejo de participação do mesmo.

A etapa da realização das entrevistas aconteceu no período de 01 de março a 05 de maio de 2014, envolvendo os enfermeiros da atenção primária, da rede hospitalar e os usuários que receberam tratamento hospitalar para TB. O recrutamento dos participantes aconteceu por meio de contato telefônico ou visita pessoal e o local e horário da entrevista foi agendado conforme preferência de cada participante. Aos entrevistados, foi pedido para que descrevessem sobre o processo de alta hospitalar e continuidade de tratamento na UBS, cada um conforme sua especificidade de acordo com a questão aberta proposta (APÊNDICE III). As entrevistas foram gravadas após aprovação dos participantes da pesquisa conforme condição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I e II).

Após a concretização de cada entrevista, foi realizada a transcrição literal em arquivo *Word* pela própria pesquisadora. Em seguida, procedeu-se a leitura exaustiva da transcrição de maneira concomitante com a audição da gravação, buscando captar quaisquer equívocos e/ou percepções necessárias para a compreensão de expressões habituais nas linguagens. Foram feitas pequenas alterações para possibilitar a compreensão, sem alteração da fidelidade dos discursos ou o sentido das falas.

Compreendendo como realidade objetiva deste estudo o processo de vivência da Tuberculose pelos usuários e enfermeiros nas unidades do HC/UFPR e suas relações com os enfermeiros da APS durante o processo de alta hospitalar, as falas foram categorizadas inicialmente separando-se enfermeiros e usuários. Para caracterizar as especificidades do processo de alta hospitalar, os enfermeiros foram separados entre enfermeiros da Atenção Primária e enfermeiros da Rede Hospitalar.

De acordo com essa categorização, os participantes da pesquisa tiveram sua identificação codificada, possibilitando apenas o reconhecimento da categoria a qual pertenciam; usuários e/ ou enfermeiros, sendo que estes últimos se dividem em oriundos da Atenção Primária ou da Rede Hospitalar. Dessa forma o código U corresponde a usuário, o código EH a enfermeiro da rede hospitalar e EAP a enfermeiro da atenção primária.

6.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Optou-se por apresentar os resultados dessa etapa do estudo concomitantemente com a discussão para que a clareza na leitura fosse preservada e otimizada. Entendeu-se que a discussão próxima à apresentação destes resultados deixaria um saldo mais positivo e enriquecedor.

6.2.1 A Dimensão Estrutural

Para esta etapa do estudo, entendeu-se que a Dimensão Estrutural é composta pelo Município de Curitiba, pois é onde a realidade objetiva da alta hospitalar dos usuários com TB foi observada, bem como é o cenário relacional dos diferentes níveis da Atenção para o controle da tuberculose.

Assim, foram observadas as características do município e a maneira como se realiza a Gestão da Saúde da população que nele reside, salientando o enfrentamento à tuberculose, mesmo que o Programa de Controle de Tuberculose seja uma política pública mundial.

O Programa de Controle de Tuberculose foi desenvolvido pela OMS e traça metas globais. Cada país amolda essas metas à sua realidade. Em um país de dimensões continentais como o Brasil, percebe-se a necessidade da descentralização, consolidando a atuação dos estados e municípios para o combate ao agravo sob as diretrizes nacionais, reforçando as atividades de coordenação e planejamento por parte municípios.

Com relação ao espaço estrutural do estudo, destaca-se que Curitiba é a capital e a maior cidade do estado do Paraná, tendo em 2013 uma estimativa de 1.848.943 habitantes, sendo composta por uma população 100% urbanizada. Ao longo dos anos percebeu-se um declínio da natalidade e redução da mortalidade geral, com consequente acréscimo nas parcelas mais idosas da população. (CURITIBA, 2014).

O SUS-Curitiba apresenta uma rede de serviços de saúde que conta com 139 serviços próprios, dentre os quais estão 109 Unidades Básicas de Saúde (42 UBS, 65 UBS/ESF e 2 UBS/Especialidades), oito Unidades de Pronto Atendimento, doze Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cinco Unidades De Especialidades Médicas, dois Centros de Especialidades Odontológicas, dois Hospitais e um Laboratório de Análises Clínicas. Além disso, existem contratos de prestação de serviços junto a 55 clínicas especializadas, 24 hospitais, 23 policlínicas e 42 serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (CURITIBA, 2014).

Com relação à tuberculose, o MS recomenda que 70% dos casos sejam detectados, 100% sejam tratados corretamente e 85% curados. Além disso, o abandono do tratamento não pode ultrapassar 5%, índice considerado aceitável pelo PNCT (BRASIL, 2014). Estima-se que no ano de 2013, a secretaria municipal de saúde do município de Curitiba identificou 99,7% dos casos existentes e apesar da taxa de cura estar acima da meta de 85% há bastante tempo o percentual de abandono ainda é um problema. Com 26 casos registrados no ano de 2013, a taxa de abandono foi de 6,2%, reforçando a necessidade de ampliar e desenvolver mecanismos que tragam impactos positivos sobre as políticas públicas já determinadas, tais como Tratamento Diretamente Observado (TDO) que mesmo demonstrando impacto positivo nos resultados já se faz insuficiente (CURITIBA, 2013)

Em um estudo ecológico, tipo agregado de base territorial longitudinal de séries temporais, realizado no Município de Curitiba, cuja área foi observada no período compreendido entre os anos de 2000 a 2009, foi observado um aumento de quase 130% no número de equipes de Estratégia Saúde da Família e uma redução de quase 20% na notificação de casos novos de tuberculose, além da redução nos casos de abandono e na taxa de óbitos relacionados ao agravo (MARQUIEVICZ *et al.*, 2013). Para esses autores, Curitiba pareceu demonstrar um redirecionamento da

estratégia de controle da Tuberculose para a Atenção Primária, obtendo êxito em sua adequação.

Vale lembrar que Curitiba recebe do MS, desde 2003, verba específica para a intensificação das ações no controle da TB e de acordo com os relatórios de Gestão do Município as ações realizadas nesse período tiveram foco na Estratégia de Saúde da Família e no treinamento dos profissionais de saúde, capacitando-os para a implementação e aperfeiçoamento do tratamento da TB, bem como em atividades educativas realizadas em diversos locais durante as Semanas Mundiais de Controle da Tuberculose ao longo dos últimos anos (CURITIBA, 2008; CURITIBA, 2009; CURITIBA, 2010; CURITIBA, 2011; CURITIBA, 2012).

Para Marquievicz e seus colaboradores (2013), em Curitiba a Estratégia de Saúde da Família teve papel determinante no controle da TB dentro do município, visto que atuou não apenas nas Unidades de Saúde, mas também nos domicílios dos usuários, que por meio do vínculo, acolhimento e corresponsabilização efetivou o processo de prevenção, tratamento e cura do agravo.

Diante disso, percebe-se que dentro do que se propôs a realizar, o município de Curitiba cumpriu o seu papel, no entanto o agravo ainda não foi controlado. Isso nos leva a pensar que outras estratégias precisam ganhar espaço e se somar à política existente para que se saia da estagnação e os índices de abandono do tratamento sejam reduzidos, no mínimo ao aceitável pelo PNCT.

6.2.2 A Dimensão Particular

Enquanto dimensão particular dessa etapa do estudo, os enfermeiros entrevistados trouxeram suas vivências e conhecimento sobre o processo de alta hospitalar e recepção de usuários com TB pelas UBSs, elucidando inúmeras questões primordiais para o desenvolvimento do modelo de Gestão do Cuidado que foi desenvolvido.

Com relação à caracterização dos participantes do estudo enquadrados nessa categoria, pôde-se perceber, a partir dos dados de identificação do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE IV) que dos 12 entrevistados apenas um é do sexo masculino, 58% estão formados há mais de dez anos, mas apenas

três estão trabalhando no mesmo local de trabalho pelo mesmo período. Em relação às suas formações, 75% são pós-graduados, no entanto, apenas a metade dos enfermeiros da Atenção Primária fizeram pós-graduações relacionadas à sua área de atuação e dentro do hospital, foi apenas um enfermeiro.

Essa descrição sinaliza que a maior parte dos enfermeiros possui tempo razoável de experiência profissional, mas que essa experiência não se apresenta necessariamente com o cuidado a usuários portadores de TB. Com isso, pode-se inferir que atualizações e capacitações a respeito do PNCT possam ser necessárias. Apesar disso, a grande parte deles apresentar-se com cursos de pós-graduação colabora para que sejam profissionais mais qualificados, mas o fato de apenas um dos enfermeiros do hospital ter realizado programas de pós-graduação relacionados com sua área de trabalho demonstra pouca relação entre o aperfeiçoamento profissional e a prática profissional cotidiana.

Barbosa (2011) considera que as especializações constituem o desejo dos enfermeiros em aprofundar seus conhecimentos adquiridos na graduação, e sinaliza que as opções escolhidas por estes profissionais são, em geral, baseadas na satisfação de necessidades extrínsecas, como a obtenção de recompensas financeiras. Nesse sentido, compreende-se que a opção dos cursos por parte dos enfermeiros participantes desse estudo possa ter sido feita em diversas outras bases motivacionais que não a prática cotidiana atual.

A seguir, os discursos dos enfermeiros serão apresentados e discutidos de forma a perceber essa dimensão da realidade objetiva. Salienta-se que não haverá separação dos discursos dos enfermeiros do hospital e das UBSs, mas a percepção sobre suas procedências se dará pela identificação deles conforme explicado anteriormente.

Durante a observação dos discursos dos enfermeiros, percebeu-se que o conhecimento sobre o processo de alta hospitalar e admissão nas UBS não demonstrava um padrão e inúmeras relatividades se tornam evidentes, tanto nos discursos dos enfermeiros do hospital, quanto dos enfermeiros da atenção primária.

A rotina estabelecida pelo Serviço de Epidemiologia Hospitalar parece seguir um padrão bem definido, mas demonstra uma pessoalidade na transmissão das informações, pois o protocolo seguido inclui o envio de *email* pessoal de comunicação do caso para a atenção primária, o que se percebe na seguinte fala:

[...] é mandado um *email* para a Secretaria Municipal de Saúde, comunicando que o paciente acaba de receber alta hospitalar. Mas o *email* que mandamos para o Distrito Sanitário da Matriz é endereçado a uma farmacêutica específica. O problema é que acaba ficando muito nominal. Por exemplo, na semana passada ela entrou em férias e nós encaminhamos o *email* para ela, como manda o protocolo, e não sei se alguém recebeu por ela. EH1

Nesse sentido, evidencia-se que não existe garantia de que as informações necessárias chegarão ao seu destino em tempo hábil para que o usuário seja aguardado pela UBS em que dará continuidade do tratamento.

No Brasil, a prática de referência e contrarreferência acontece como diretriz pactuada entre os diferentes níveis de Atenção à Saúde, no intuito de assegurar a continuidade do cuidado. Para que essa prática se desenvolva de maneira adequada, o sistema de informação escolhido deve ser coordenado de maneira estruturada e sistemática, de modo que fiquem claros os fluxos e os atores envolvidos no processo (ASSIS *et. al.*, 2012). Sob essa ótica, fica evidente a necessidade de melhorar o sistema de comunicação entre o hospital e a Atenção Primária para que o fluxo das informações seja eficiente.

Ademais, o serviço hospitalar não detém o controle sobre a realização do protocolo de maneira correta, visto que entra em contato apenas com a porção documental do processo, ou apenas realiza contato telefônico com o médico:

[...] nós orientamos o médico que está dando alta sobre a necessidade de dar uma cópia da ficha de notificação para o paciente. EH1
 [...] enquanto serviço de epidemiologia, meu contato é sempre com a documentação, nunca com o paciente [...] eu não sei se eles estão sendo orientados, desde os eventos adversos, até o que devem fazer em casos de agravamento. EH1

Mesmo entendendo que os serviços de internação possuem autonomia para a condução dos casos, encontra-se respaldo nas funções dos Serviços de Vigilância Epidemiológica a preocupação com a normatização e uniformização dos procedimentos quando se trata de doenças de notificação obrigatória (BRASIL, 2009). Esse serviço deve se constituir como primordial instrumento no planejamento, organização e operacionalização das ações de controle de agravos nas instituições de saúde.

Nesse sentido, o Serviço de Epidemiologia aqui estudado parece atuar de forma irregular como moderador dos fluxos existentes. Mesmo sendo o próprio serviço o responsável pela construção do protocolo de alta do referido agravado, sua

atuação se concentra na burocracia de um sistema de informação, se distanciando do processo real. Isso é percebido na fala de EH1, que deixa clara a passividade desse serviço nas funções que vão além do processo documental da notificação, em parte por conta do número reduzido de profissionais desse serviço, em que apenas um enfermeiro se concentra nessa função, o que gera sobrecarga de trabalho e consequente redução da amplitude da atenção:

[...] mesmo que nós sejamos uma interface com a atenção básica, por meio do distrito sanitário, não participamos de construção de qualquer fluxo que possa melhorar isso. EH1

[...] nós só realizamos orientações durante o treinamento anual dos residentes, mas é uma fala que contempla todos os agravos em um tempo de 30 minutos [...] e informalmente, tem a nossa presença nas unidades enquanto fazemos busca ativa, mas raramente há perguntas, pessoas querendo tirar dúvidas ou orientações. EH1

É claro que a função primordial desse serviço constitui o controle das notificações dos agravos de notificação compulsória, mas como vimos, a elaboração de normas e rotinas técnico-operacionais que visem o controle desses agravos, a capacitação dos colaboradores e a supervisão dos fluxos estabelecidos também deveriam ser ações de sua competência (BRASIL, 2009).

Dos enfermeiros que atuam na assistência ao usuário no ambiente hospitalar, pôde-se observar que eles se percebem coadjuvantes na relação com o usuário em seu processo de alta, lhes cabendo a função de enfatizadores das orientações médicas, como se percebe nos discursos dos enfermeiros a seguir:

[...] o médico dá a alta, receita a medicação [...], passa a receita, passa os formulários. [...] e eu, enquanto enfermeira, oriento. Reforço a orientação que o médico deu sobre a importância do tratamento. EH2

[...] o médico faz as prescrições, os encaminhamentos e ele geralmente vai até o paciente e o orienta. [...] A gente repete as orientações do médico, porque às vezes o paciente tem dificuldade de compreensão. EH3

É com pesar que se observa esse fato. Não apenas porque o espaço profissional do enfermeiro se reduz, mas principalmente porque os usuários costumam gostar e até mesmo preferir receber informações advindas de enfermeiros. As razões para isso podem incluir o fato de que os enfermeiros se mostram mais claros, gastam mais tempo em suas explanações e são mais acessíveis (BERENDSEN *et al.*, 2009).

Nesse estudo as falas dos enfermeiros se focalizam em curtas instruções que o usuário deveria receber e mesmo sobre essas orientações prestadas se percebe uma dissonância nos conceitos dos enfermeiros e uma falta de padrão nos procedimentos. As questões relativas aos cuidados em casa, isolamento e os contatos domiciliares são bastante relativizadas e diferenciadas entre os enfermeiros do hospital, o que se percebe claramente ao comparar o discurso dos dois enfermeiros, como se explicita a seguir:

[...] como o paciente está indo de alta ele não é mais bacilífero, então a orientação é que ele não precisa ficar isolado nem usar máscara, mas precisa separar seus objetos pessoais, como talheres, toalha, etc. EH3
 [...] **dependendo** do caso ele vai para casa usando máscara ou não. EH2
 [...] o controle dos contatos é feito aqui **dependendo** do caso. Se for uma criança internada, nós coletamos o exame da mãe por aqui, mas para o restante dos familiares, orientamos a procurar atendimento da “saúde”. EH3
 [...] eu sei que o controle dos contatos é feito sim, mas eu **não sei** como ocorre isso. EH2

Em se tratando de tuberculose, o papel do enfermeiro se torna crucial no controle do agravo, que permeia intervenções em diversos níveis, e principalmente no nível operacional, na assistência direta, a oportunidade de identificar determinantes permitiria avaliar situações e administrar melhor situações econômicas e singulares dos indivíduos para a eficácia do tratamento (OBLITAS *et al.*, 2010). Para tanto, o conhecimento e o preparo para essa assistência são essenciais.

Além de discordarem sobre algumas questões, esses enfermeiros se mostram duvidosos quanto ao real fluxo do processo de alta, quando utilizam em suas falas expressões como “dependendo”, “se”, “às vezes” e “não sei”. Para Melo (2010) a adoção de normas técnicas/protocolos, simples, objetivas e claras se faz extremamente necessária para garantir, aos doentes de TB, um acompanhamento que os conduza ao sucesso do tratamento, reforçando a necessidade de equipe de saúde treinada persistentemente.

As dúvidas e discordâncias dos enfermeiros também são percebidas quando comentam sobre a presença da equipe multiprofissional no processo de alta, em que uma das enfermeiras afirma a participação de uma assistente social e de outros profissionais eventualmente enquanto a outra enfermeira afirma que esses não participam da alta, apenas a assistente social, e “dependendo” da situação.

[...] tem uma assistente social que trabalha de manhã e ela orienta o paciente sobre qual a unidade que ele deve buscar medicação. [...] **Às vezes** até a fisioterapeuta e a nutricionista vem fazer orientações se for necessário. EH3

[...] a equipe multiprofissional não participa. Apenas o médico e o enfermeiro. **Dependendo** do estado do paciente, nós chamamos o serviço social. EH2

Nota-se que há claramente uma discordância entre essas profissionais, o que evidencia a falta de protocolo e fluxo definidos, ficando qualquer orientação e conduta a critério pessoal dos profissionais envolvidos. Isso significa que o mesmo usuário poderia ter processos de alta extremamente diferentes de acordo com o profissional que lhe atendesse, e que cada usuário passaria pela alta hospitalar de maneira diferente, gerando falta de padrão e consequentemente não garantia de uma assistência adequada.

Assis *et.al.* (2012) reforçam que o grande problema da TB advém da insuficiência de recursos humanos e materiais, bem como da falta de capacitação destes recursos humanos, o que compromete diretamente a assistência ao doente de TB. Nesse sentido, o monitoramento constante desse agravo é extremamente necessário para o controle eficaz e o modelo de Gestão do Cuidado proposto nesse estudo se destaca como instrumento determinante nesse processo, aliando a integração entre atores profissionais enfermeiros e o uso de recursos e tecnologias disponíveis.

Na Atenção Primária os enfermeiros demonstram conhecer o fluxo de atendimento, sendo que o mesmo se apresenta bem delimitado. Apesar de todos comentarem sobre a comunicação formal entre o hospital e os distritos sanitários e que posteriormente as UBSs também são comunicadas formalmente, fica claro que a maneira como a recepção dos usuários advindos do hospital se dá é massivamente passiva, ou seja, o enfermeiro da UBS atende o usuário que procura a unidade. Perrechi e Ribeiro (2009) consideram que ao receber alta hospitalar, os usuários com TB não têm suas chegadas às UBSs monitorizadas o que pode significar que parte desses usuários não dê continuidade ao tratamento e recomendam o correto encaminhamento de usuários previamente internados para as UBSs.

No entanto, as unidades aguardam que o próprio usuário procure o serviço, pois entendem – ou presumem - que eles foram orientados a procurar a UBS mais próxima de sua casa na alta hospitalar.

[...] o usuário é orientado a procurar a UBS [...] EAP1

[...] o próprio usuário vem aqui, normalmente, com uma carta de encaminhamento para fazer a continuidade do tratamento. EAP3

[...] geralmente eles já vêm com uma carta de encaminhamento aqui para a unidade de saúde dizendo que já iniciaram o tratamento (no hospital). EAP4

[...] o paciente vem com uma carta do hospital e com uma receita para solicitar medicação. Chega à recepção e chama o responsável pela epidemiologia que depois da notificação encaminha para o enfermeiro responsável pela área desse usuário para que ele acompanhe o caso. EAP9

[...] eventualmente o distrito sanitário entra em contato, o que seria o ideal, porque se o usuário não procura a UBS espontaneamente podemos fazer a busca ativa. EAP1

[...] Vem um termo de transferência do serviço onde o usuário estava para o distrito sanitário, no setor de Vigilância Epidemiológica e este encaminha essa documentação para nós. Às vezes o paciente chega antes do documento. EAP6

Assim, percebe-se que a maior fonte de informação sobre os casos que os enfermeiros das UBSs recebem são os documentos que os próprios usuários trazem consigo, que os enfermeiros nominam de “carta de encaminhamento” ou até mesmo uma cópia da ficha de notificação ou o boletim de transferência. Com isso pode-se considerar que essa documentação deveria ser suficiente para que o enfermeiro da Atenção Primária que recebe o usuário vindo do hospital pudesse conhecer toda a situação de saúde que este se encontra, com um pequeno histórico sobre seu internamento e a fase do tratamento que está. No entanto, os enfermeiros da APS relatam inúmeras considerações sobre a qualidade das informações que lhes são apresentadas:

[...] o usuário traz toda a documentação do hospital [...] mas quando ele tem uma condição sociocultural ruim, ele acaba perdendo essa documentação, não sabe onde guardou o que torna difícil a recepção dele porque a gente não tem a informação clara. EAP2

[...] precisaria de um profissional que fizesse um relatório bem descrito, para que soubéssemos exatamente o que aconteceu com o paciente no período de internação, precisava melhorar a comunicação. EAP8

[...] precisa melhorar a comunicação, tanto verbal quanto escrita [...] porque muitos usuários são relapsos com o próprio tratamento, e nem sempre sabem fornecer as informações necessárias, então a nossa comunicação tem que ser melhor. EAP3

Esse fato encontra respaldo nas considerações de Berendsen *et al.* (2009) que comentam sobre a transição do cuidado entre o hospital e a Atenção Primária. Para ele existe uma grande lacuna de informação após a alta hospitalar e o tempo

que as informações levam para chegar aos profissionais da Atenção Primária é muito longo, prejudicando a continuidade da atenção.

Dentro da realidade aqui estudada, em uma das unidades de saúde a enfermeira apresenta um quadro diferenciado:

[...] na maioria desses pacientes o próprio hospital entra em contato conosco e nos avisa que está acontecendo uma alta de paciente da nossa região e passa todas as informações do caso. Porque o distrito sanitário até recebe essa notificação algum tempo depois, mas quando encaminham pra nós eu já notifiquei esse paciente e ele já está em tratamento, porque no setor de epidemiologia dos hospitais, a comunicação formal, não é muito próxima das unidades de saúde. EAP7

Nesse discurso pode-se apreender uma relação de comunicação direta entre o hospital e esta UBS específica, fazendo com que a enfermeira da UBS receba as informações direto da fonte, além de não ser surpreendida pelo usuário na UBS, visto que já o estará aguardando para a continuidade do tratamento e pronta para uma busca ativa caso seja necessário.

Em concordância com essa prática, Assis *et al.* (2012) propõem um sistema de comunicação personalizado no acompanhamento desse agravo, em que o profissional de saúde do serviço especializado contate diretamente o serviço da Atenção Primária responsável pelo usuário que está circulando entre os níveis de atenção.

No entanto, essa mesma enfermeira relata que não são todos os serviços hospitalares que se comunicam com ela e lamenta que essa prática não seja um protocolo para o município em geral:

[...] olha, o Hospital X sempre nos comunica, eles são sempre atenciosos com isso. Mas o Hospital Y não comunica, nem o Hospital Z. Se todos os hospitais fizessem isso (comunicar a alta) seria muito bom, facilitaria bastante. Inclusive porque poderiam nos fornecer os dados sobre o estado e tratamento dos usuários de maneira mais completa e precisa. EAP7

Outra enfermeira relata acreditar ser uma dificuldade para os hospitais fazerem contato com as UBSs, mas revela que a demora no processo de comunicação formal pode trazer consequências:

[...] eu acho difícil o hospital fazer contato, mas seria importante. Porque tem paciente que não vem logo após a alta e acaba ficando um período sem

medicação, o que poderia até fazer uma resistência (aos medicamentos de 1ª escolha). EAP8

Em outro discurso pode-se identificar a crença da suficiência da comunicação formal e um entendimento de normalidade em ser surpreendido pelo usuário antes do conhecimento do caso pela via formal:

[...] o que acontece é que o hospital encaminha a ficha de investigação ao Distrito Sanitário que vai entrar em contato conosco. **Se** o serviço de epidemiologia do hospital for rápido, a gente dificilmente é surpreendida pelo usuário. Mas se não for rápido, o usuário vem, nós recepcionamos ele e **tenta** (dar seguimento) com a transferência que ele traz em mão. EAP2

Assim, vê-se que há certa aceitação na maneira como o fluxo tem se apresentado e quase que um rogo para que os atores envolvidos na comunicação formal sejam eficientes e ágeis. No entanto, o PNCT prevê que na alta hospitalar o indivíduo saia do hospital com consulta previamente agendada na UBS e se isso não for possível que a UBS seja contatada pelo serviço hospitalar, o qual deverá fornecer todas as informações necessárias à continuidade do tratamento (BRASIL, 2011).

De qualquer forma, um fator que foi relatado como dificultador na recepção desses usuários é o fator orientação. Os enfermeiros das UBSs destacam uma dificuldade com a continuidade do tratamento por perceberem por parte dos usuários um *déficit* de informação sobre a doença e seu tratamento e atribuem ao hospital a responsabilidade por terem que iniciar esse processo enquanto deveriam apenas reforçar e dar continuidade. Percebemos isso nos seguintes discursos:

[...] No hospital as orientações parecem não ser dadas da forma como nós fazemos, porque quando a gente começa a fazer o reforço, os pacientes parecem um pouco surpresos, como se não tivessem ouvido falar em nada disso. EAP6

[...] com alguns usuários precisamos começar todas as orientações do zero. EAP7

[...] no hospital também não é orientado para eles que a tomada de medicação precisa ser supervisionada, o que eu acho uma grande falha, porque a maioria deles se espanta e já não quer mais o tratamento [...] percebo a falta de orientação por parte do hospital sobre como vai ser o tratamento na UBS. EAP1

[...] quando a gente vai explicar algo eles (os usuários) dizem: “mas o médico não falou nada disso!”, e a maioria se assusta e não quer fazer o DOT, só aceitam quando insistimos que precisa ser assim, mas tem bastante resistência. EAP4

Nesse contexto, nota-se que além da dificuldade de comunicação entre os níveis de atenção existem problemas na comunicação dos enfermeiros do hospital com os usuários, problemas que vão ter reflexos na Atenção Primária, onde a continuidade do tratamento precisa ocorrer.

Berendsen *et al.* (2009) perceberam situação semelhante em seu estudo. Grande parte dos usuários que foram entrevistados em sua pesquisa referiram ter recebido informações inadequadas quanto ao seu tratamento e procedimentos hospitalares, e além disso se mostraram insatisfeitos sobre a quantidade e qualidade das informações que lhes foram dadas e do tempo dispendido para sanar dúvidas e preocupações.

Portanto, para que a recepção dos usuários em tratamento de TB aconteça de maneira adequada é preciso dar visibilidade aos problemas, para garantir a construção de fluxos precisos e bem definidos, independentes de casualidades, sejam elas a “rapidez” dos serviços de epidemiologia com a documentação, alguns serviços “atenciosos” em comunicar as UBSs, a provável suficiência de informações no boletim de transferência e mesmo o fato do usuário buscar a UBS por si só. A lacuna entre a saída do usuário do hospital e sua chegada à UBS precisa ser preenchida por comunicação, informação e fluxos bem definidos. Concordando com isso, Assis *et al.* (2012) compreendem que os diferentes sistemas de informação utilizados em cada nível de atenção possam dificultar a vigilância ao doente e recomenda, portanto, a organização dos fluxos entre os diversos serviços e níveis da atenção.

Como o tratamento da TB é bastante longo, durando no mínimo seis meses, para que ocorra o sucesso terapêutico – cura – não pode ser interrompido. Nesse sentido, uma grande preocupação se dá quando o usuário que toma sua dose diária de medicamento dentro do hospital, no mesmo horário, com controle da enfermagem, recebe a alta hospitalar. Assim, quando o tema é medicação, percebe-se novamente que não há precisão nas condutas. Esse fato é relatado nos discursos das enfermeiras do hospital, como segue:

[...] O protocolo é fornecer cinco a sete dias de medicação no dia da alta, o ideal é 5. EH1

[...] a quantidade de medicação depende. Se for para o final de semana, que ele (o usuário) vá demorar para pegar na UBS, a farmácia libera até 7 dias, mas varia bastante. EH2

[...] o médico solicita as medicações para o fim de semana, para durar até uns 4 ou 5 dias, que é o tempo de ele chegar na UBS e pegar medicação para o resto do tratamento. Se for durante a semana, ele dá para poucos dias. EH3

Nessas falas pode-se verificar certa indefinição sobre a quantidade exata de medicamento que deve ser fornecido, o que deixa espaço para que cada enfermeiro decida sobre isso, e cada usuário receba tratamento diferenciado, de acordo com o julgamento de necessidade de cada profissional. O PNCT recomenda que a quantidade de medicamento fornecida pelo hospital seja suficiente até que o mesmo seja consultado na UBS (BRASIL, 2011) e é essa logística que deve orientar a definição da quantidade exata que deve ser fornecida.

Mas de fato, os enfermeiros do hospital não sabem ao certo se a quantidade de medicamento que têm fornecido atualmente é suficiente, se falta ou mesmo sobra até que os usuários recebam a complementação do tratamento na Atenção Primária, pois eles não têm a informação de quando a consulta na UBS vai acontecer, eles apenas supõem que suficiente seja.

[...] nós entregamos uma quantidade suficiente de remédios, porque se ele (o usuário) recebe alta hoje tem medicação para alguns dias e quando acabar já deve estar sendo acompanhado pela UBS. EH2
[...] acredito que em poucos dias o paciente já está tratando na UBS e não sofre interrupções na medicação. EH3

Em nenhum momento as enfermeiras do hospital relatam com exatidão sobre os procedimentos para que o usuário retire medicação na UBS, demonstrando falta de conhecimento sobre esse processo e fazendo com que estimem a quantidade de medicamentos. Esse problema seria facilmente resolvido se elas contatassem previamente a UBS responsável pelo indivíduo que está recebendo a alta.

Por outro lado, nenhuma delas comentou sobre as condições (físicas, psíquicas e sociais) em que os usuários saem do hospital na alta, conhecimento imprescindível para saber se eles terão condições de procurar a UBS em tempo hábil e até mesmo intervir previamente de maneira protetora. Vindo de encontro a essa necessidade, Oblitas *et al.* (2010) reforçam que além de fornecer informação o enfermeiro precisa estar apto a identificar situações de vulnerabilidade e conduzir um processo crítico de educação que estimule o empoderamento dos indivíduos em seus processos de adoecimento e tratamento.

E quando observamos as falas dos enfermeiros da Atenção Primária, as instabilidades não são diferentes. Quando falam sobre a quantidade de medicação que os usuários receberam do hospital cada um tem um número distinto como referência:

[...] eles (os usuários) saem com medicação para alguns dias, tempo suficiente para providenciarmos o restante. EAP2
 [...] se eles (os usuários) saem na sexta-feira, é fornecido medicação até segunda-feira. EAP3
 [...] saem com um pouquinho de medicação, não sei, para uns dois dias talvez. EAP6
 [...] geralmente o hospital fornece medicação para cinco dias. EAP7

É aparente a falta de integração entre os níveis da atenção aqui estudados, visto que os enfermeiros desconhecem os protocolos desenvolvidos por outros serviços que não os seus. Pode-se dizer que a carência de integração entre os diversos setores e serviços de saúde fragiliza o combate à TB, pois interfere diretamente na resolutividade das necessidades que os doentes apresentam, além de prejudicar a formação do vínculo entre doentes e profissionais da Atenção Primária, inclusive afetando a credibilidade desses profissionais (SÁ *et al.*, 2011).

E ao comentar sobre a disponibilidade de medicamentos na UBS também percebemos divergências nas falas:

[...] a gente tem um estoque (de medicamento). Agora não está tendo porque as medicações venceram, mas normalmente temos uma quantidade em estoque. EAP1
 [...] em geral, temos uma reserva na unidade. EAP2
 [...] nós não temos a medicação aqui, a pronta entrega. EAP4
 [...] quando o usuário chega aqui, nós entramos em contato com o farmacêutico para que ele apresse a vinda da medicação, porque não fica dentro da unidade e sim no Distrito Sanitário ou no almoxarifado. EAP6
 [...] nós pedimos no dia que o usuário vem aqui e o Distrito Sanitário logo providencia. Se o pedido for até às 16 horas, a medicação vem no mesmo dia. EAP5

Como se pôde verificar nas falas desses enfermeiros, não existe um padrão para todas as UBSs. Pelos discursos percebe-se que algumas UBSs possuem algum tipo de estoque da medicação e outras não, tendo que solicitar a vinda da mesma para fornecer ao usuário. De acordo com o PNCT, as unidades de saúde devem ser responsáveis em garantir que toda pessoa com TB receba o tratamento medicamentoso sem atrasos e que depois de iniciado o tratamento, o mesmo não deve ser interrompido (BRASIL, 2011). Portanto, mesmo que não haja padronização

entre as UBSs do município de Curitiba quanto a ter em suas dependências os fármacos em estoque, é preciso garantir que os usuários recebam a medicação sem interrupção após sua alta hospitalar.

Não se pode garantir que o usuário consiga procurar a UBS assim que saia do hospital, podendo o mesmo deixar para ir até lá apenas quando acabar seu pequeno estoque fornecido pelo hospital. Caso a UBS não tenha o medicamento para entrega imediata, ele poderá ter que interromper seu tratamento até que essa medicação chegue.

Portanto, um sistema de comunicação entre o hospital e as UBSs iria facilmente acabar com essa problemática, pois seria possível providenciar o medicamento antes que o usuário procurasse a UBS, e caso não houvesse a procura, as UBSs já saberiam da existência de um usuário em sua área que precisa ser acolhido, e é aqui que a Gestão do Cuidado pretende atuar.

6.2.3 A Dimensão Singular

Quando observados os discursos dos usuários, compreendidos, nessa etapa do estudo, como Dimensão Singular, pôde-se perceber inúmeras situações vivenciadas no processo de alta hospitalar que desvelaram a necessidade de maior atenção nesse processo, e que acabaram por subsidiar o modelo de Gestão do Cuidado proposto.

Os usuários que tiveram um período de internamento no hospital cenário do estudo descreveram suas experiências de internamento e alta hospitalar e o que se verificou foi que as condições de alta hospitalar (singulares e institucionais) foram distintas entre si, como se pode verificar nos discursos abaixo:

[...] Quando saí do hospital eu já estava melhor [...] U2
 [...] no dia em que saí fiquei meio perdido, estava muito deprimido [...] U4
 [...] como eu já estava internado há dias e só estava lá para tomar medicamentos, eu achei que estava ocupando o espaço de outra pessoa e que o medicamento eu poderia continuar a tomar em casa [...] U5
 [...] queriam me dar alta, mas eu estava péssimo, ainda não andava nem me alimentava. Minha esposa precisou fazer uma briga para que eu ficasse mais alguns dias até ter condições de ir pra casa. U1
 [...] na alta eu estava muito bem, eu nasci de novo [...] U3

Os relatos evidenciam que as condições dos usuários no momento da alta hospitalar foram as mais diversas, desde aquele que se sentia bem e seguro para ir para casa, até o que entendia não ter a menor condição de ter alta hospitalar. Esse fato demonstra que não se tem uma regra sobre as necessidades dos usuários nesse momento tão crítico que é a alta hospitalar. Com relação a isso, Melo (2010) comenta que são diversos os fatores que permeiam o adoecimento por TB e inúmeras as situações, como a infecção pelo HIV, as doenças imunossupressoras, o envelhecimento da população, além das determinações sociais que fazem com que esse agravo se torne mais complexo em se tratando do acompanhamento dos adoecidos. Para ele, no ambiente hospitalar, com os casos mais agravados, é salutar a existência de profissionais capacitados em reconhecer situações que necessitem de intervenção e que conduzam a assistência de maneira adequada.

Isso significa que não se pode agir com padrões rígidos nesse momento e que cada singularidade precisa ser avaliada pelo enfermeiro. Não são todos os usuários que se sentirão confiantes para continuar o tratamento em sua residência e o enfermeiro precisa estar apto a assistir cada um deles em suas necessidades e fragilidades. Promover o acolhimento e assistir as necessidades dos doentes de TB pode ser fator decisivo no sucesso do envolvimento do usuário com seu próprio tratamento (SÁ, *et al.*, 2007)

No entanto, o que se percebe aqui é que o enfermeiro pouco tem contato com os usuários no momento da alta hospitalar. Nenhum dos entrevistados relata ter recebido informações e orientações sobre sua condição e continuidade do tratamento por parte dos enfermeiros, todos eles relatam terem sido abordados por médicos quando foram de alta e a única menção ao contato com enfermeiros foi de um usuário que relatou ter recebido auxílio assistencial com seu vestuário:

[...] as enfermeiras só vieram me arrumar, e ainda com má vontade porque eu ainda usava fraldas [...] U1

[...] o médico me disse que eu precisaria voltar para retirar o resultado de um exame, mas não lembro ter conversado com enfermeiras [...] U2

[...] eu me tratava com a Dra X, mas como era final de ano, trocaram as médicas e foi a Dra Y que me explicou tudo, entregou os encaminhamentos [...] U3

[...] eu não lembro o nome do médico que foi conversar comigo, mas ele que me orientou sobre a necessidade de continuar o tratamento e procurar o posto de saúde perto da minha casa. U5

Nessas falas fica evidente a figura do médico como elemento central da alta hospitalar, sendo este a referência dos usuários como fonte de informação, deixando o enfermeiro como coadjuvante de seu trabalho e executores de cuidados, como o preparo físico para ir para casa.

No entanto, o fazer assistencial do enfermeiro deve contemplar além da realização de procedimentos de maior complexidade técnica a avaliação e diagnóstico da situação em que o usuário se encontra, bem como a realização de orientações que se façam necessárias (MOURA; RABÊLO; SAMPAIO, 2008). Nesse sentido, percebe-se uma lacuna nas atividades dos enfermeiros do setor de internação que aqui se estudou e diante disso, não se pode fugir da necessidade de que esses enfermeiros assumam seu papel na assistência aos doentes internados com TB. Portanto, O planejamento da alta hospitalar é um aspecto complexo da assistência e faz parte do Processo de Enfermagem (SUZUKI, CARMONA, LIMA, 2011).

É claro que inúmeros fatores podem interferir para que o fazer assistencial do enfermeiro seja afetado, inclusive a sobrecarga de trabalho, as burocracias cotidianas e o número reduzido de profissionais, mas a organização do processo de trabalho deve colaborar para o planejamento de todas as atividades necessárias (MOURA, RABÊLO, SAMPAIO, 2008), e nesse quesito a Gestão do Cuidado pode ser um facilitador.

O que chama a atenção é que as orientações que os médicos realizam, segundo os usuários, parecem ficar bem aquém das necessidades de cada um deles, visto que essas orientações se detêm ao uso dos medicamentos, à necessidade da procura da UBS e a entrega de documentações. As falas a seguir demonstram isso:

[...] ele (o médico) disse que o posto (a UBS) iria me acompanhar, que eu não me preocupasse que daqui para frente seria a responsabilidade do posto. U1

[...] ele (o médico) só me disse para continuar com os medicamentos e não me deu nenhuma documentação. U2

[...] ela (a médica) me deu uma receita e uma carta de encaminhamento para a UBS e me disse para buscar as medicações lá depois que acabasse as que ela estava me fornecendo. U3

[...] levei a receita daqui e alguns papéis que o médico me deu. [...] o médico me explicou que os remédios da tuberculose eu poderia retirar no posto de saúde perto da minha casa e só. U5

Com isso, fica explicitada a existência de uma enorme deficiência. Por um lado se percebe a ausência do enfermeiro em seu papel e por outro o *déficit* de assistência aos usuários. As orientações que são realizadas parecem ser bastante mecanizadas e não levam em conta as singularidades dos usuários, o que pode resultar na incompreensão dessas orientações por parte dos mesmos. Inúmeras dúvidas ou situações específicas irão ficar sem resposta.

Um estudo realizado em Ribeirão Preto constatou que no tratamento da TB a equipe de saúde se concentra em assuntos bastante restritos com o usuário, mantendo foco no tratamento medicamentoso e nos sintomas da doença. Como resultado, a restrição na comunicação a fatores puramente biomédicos contribui de maneira importante para a impessoalidade na relação doente-profissional o que dificulta a criação do vínculo e a consequente adesão ao tratamento (BRUNELLO *et al.*, 2009).

Essa realidade de relação no hospital influencia diretamente a continuidade do tratamento na Atenção Primária, pois como já sinalizado anteriormente, os enfermeiros da rede municipal de saúde se queixam das poucas orientações recebidas pelos usuários, situação que gera, com frequência, resistência à continuidade do tratamento.

Além disso, o retorno às atividades laborais também gera angústia aos usuários e o desconhecimento sobre o processo de transmissão e cura desse agravo resulta em estresse, como se vê na seguinte fala:

[...] com 14 dias da alta hospitalar eu voltei a trabalhar. É claro que eu estava fraco ainda, mas como sou autônomo precisava voltar ao trabalho. Mas muitas pessoas recusavam meu trabalho, porque tuberculose mata não é? U4

Constata-se nessa fala a dificuldade do usuário em retornar ao trabalho, tanto por não ter confiança em sua condição física quanto pelo preconceito que sofreu quando oferecia seu trabalho, não dispondo de conhecimento suficiente sobre a transmissibilidade do agravo para argumentar em sua defesa.

Portanto, no preparo para a alta hospitalar é imprescindível que o enfermeiro não deixe de lado as atividades de educação em saúde e avaliação do usuário para o autocuidado, além de atentar para a previsão de problemas que poderão ocorrer dali em diante no intuito de solucioná-los (SUZUKI, CARMONA, LIMA, 2011).

Com relação à medicação, uma instabilidade enorme se evidencia. Enquanto temos o relato de um usuário que diz não ter recebido medicação alguma, temos o relato de outro que diz ter recebido medicação para 30 dias. As falas a seguir demonstram esse problema:

[...] me deram medicação para cinco dias [...] U1
 [...] não me deram medicação, mas no dia seguinte eu fui na UBS para pegar o restante da medicação. U2
 [...] eu peguei medicação para uns 30 dias. U3
 [...] me deram alguns remédios para eu tomar até que a UBS me desse o restante. U4
 [...] levei uma quantidade de medicação, acredito que para sete dias se não me engano. U5

Nota-se que não existe um padrão no fornecimento de medicamentos, o que torna difícil o controle sobre o tempo de intervalo que esses usuários terão entre a saída do hospital e a acolhida na UBS. Além disso, não há garantia de que os usuários irão procurar suas respectivas UBSs antes que seu pequeno estoque termine, o que pode contribuir para interrupções no tratamento. As orientações do PNCT são claras quanto à responsabilidade do serviço de saúde em garantir o acesso aos medicamentos sem qualquer interrupção ou atraso (BRASIL, 2011). Um usuário comenta sobre seu acesso à medicação após a alta hospitalar:

[...] na UBS eles não tinham o remédio, mas como eu fui antes dos que eu tinha acabarem, deu tempo de eles fazerem o pedido e chegar. U5

Nesse caso específico o usuário ainda tinha algumas unidades do medicamento quando procurou a UBS, mas e se ele tivesse esperado terminar seus comprimidos para procurar a UBS? Se assim ele tivesse feito, seu tratamento seria interrompido por alguns dias até que o pedido fosse feito e a medicação estivesse disponível, o que é inaceitável (BRASIL, 2011). Nessa questão pôde-se perceber dois problemas:

- 1) A falta de orientação precisa ao usuário, sobre a necessidade de procurar a UBS antes de seu estoque de medicamento terminar.
- 2) O desconhecimento por parte da UBS de que um usuário de seu território iria receber alta hospitalar e necessitaria de medicamentos disponíveis para a continuidade do tratamento.

Esses cuidados deveriam constituir o fluxo de alta hospitalar de indivíduos com TB, fluxo que evitaria inúmeras situações de crise, como a descrita pelo usuário a seguir:

[...] meu medicamento estava acabando e minha esposa foi na UBS para conseguir mais, pois eu não tinha condições de ir e eu sabia que não podia ficar sem tomar os quatro comprimidos diários. Então, lá na UBS eles forneceram a ela cartelas do medicamento com dois comprimidos diários (comprimidos da segunda fase do tratamento, que deve acontecer após os dois primeiros meses). Ela argumentou na UBS que não eram esses medicamentos que eu precisava e se não fosse pela lucidez da minha esposa eu tinha tomado os comprimidos errados [...] U1

Como descrito acima, a UBS não possuía informações adequadas sobre o caso do usuário, não tendo clareza da fase do tratamento em que ele se encontrava, o que poderia ter causado problemas. Esse fato fere diretamente o princípio da integralidade do SUS, que se traduz na articulação e integração entre todos os espaços do sistema de saúde (MACHADO, *et al.*, 2007). O próprio usuário relata sua preocupação:

[...] o hospital deveria fiscalizar para saber se a UBS está acompanhando direito, porque nesse caso minha esposa é que foi atrás de tudo. Eu mesmo comentei com ela que depois se torna uma tuberculose resistente e as coisas se complicam. Então, de repente tem uma epidemia de tuberculose resistente e ninguém sabe o porquê. Ahh [...] aconteceu! Não existe fatalidade numa coisa dessas. U1

De fato, a comunicação entre a Atenção Primária e os hospitais precisa ser muito mais eficiente, pois não se pode garantir que todos os usuários conseguirão perceber equívocos ou mesmo terão a percepção da gravidade que é interromper o tratamento. Mesmo porque o agravamento da Tuberculose apresenta magnitude para além da esfera biológica, se constituindo como grave problema social onde a vulnerabilidade dos acometidos por ela se dá por muitas vezes não perceberem seu potencial (GUIMARÃES, 2012). As instituições de saúde precisam controlar o processo e não depender do controle do usuário, até porque os indivíduos têm suas singularidades, suas escolhas, percepção e compreensão diversas.

7 CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO NA REALIDADE OBJETIVA

A Gestão do Cuidado da Tuberculose pode amainar as intercorrências no tratamento, diminuindo as probabilidades de abandono e complicações, além de aproximar o usuário da construção de processos protetores. Também é possível inferir redução de custos com retratamentos, exames, reinternações e uso de drogas para casos de resistência.

Vale lembrar que a redução dos casos e dos óbitos de TB até 2015 constitui parte de um dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio propostos pela ONU (Organização das Nações Unidas) (PORTAL ODM, 2009), além de ser considerado, desde 2003, um agravo prioritário para o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2014), o que torna necessário investir em ações e serviços que reduzam a morbimortalidade relacionada à doença no país.

Objetivando uma maior adesão ao tratamento e a consequente redução do abandono, construiu-se um modelo de Gestão do Cuidado que engloba as necessidades e anseios tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde (enfermeiros) que acompanham o tratamento.

Para tanto, entendendo que o enfermeiro desempenha importante função na construção do cuidado e na coordenação dos processos de trabalho em saúde, além de se apresentar como importante eixo no tratamento da TB, optou-se pelo desenvolvimento de um modelo de Gestão do Cuidado centrado nesse profissional. Essa escolha se justifica pelo fato do profissional enfermeiro se apresentar bastante preparado para realizar a articulação entre o nível hospitalar e básico, contribuindo para maior sucesso no controle da TB e para a promoção de um sistema de saúde mais integrado e próximo dos indivíduos.

Dentro das dimensões da Gestão do Cuidado já apresentadas o modelo proposto terá seu foco na dimensão organizacional, pois terá sua centralidade na organização dos processos de trabalho, definindo novo fluxo e regras de atendimento (CECÍLIO, 2011). Para tanto, os recursos existentes foram detectados e organizados de maneira a colaborar para que a trajetória do usuário seja afetada de maneira positiva e suas necessidades resolvidas de maneira eficaz.

Assim, propõe-se o modelo de Gestão do Cuidado que se traduz em um fluxo de atendimento que agrega a consulta de enfermagem na alta hospitalar e a

comunicação direta do caso pelo enfermeiro hospitalar ao enfermeiro da APS responsável pela continuidade do caso. Esse modelo tem por finalidade fortalecer a organização dos serviços de saúde para um melhor atendimento e cuidado ao indivíduo adoecido por tuberculose.

Atualmente o fluxo de atendimento ao usuário que interna com TB no hospital cenário do estudo tem seu foco na notificação do agravo e ao atendimento do doente durante seu internamento. Na APS, o fluxo se inicia com a procura direta e espontânea por parte do usuário após sua alta hospitalar, ou com a notificação tardia pelo serviço de Epidemiologia que sinaliza a necessidade de busca ativa.

Compreendendo a existência de uma lacuna entre a atenção de um nível para o outro, o modelo de Gestão do Cuidado aqui proposto apresenta um fluxo de atendimento que pretende integrar os níveis de atenção no município de Curitiba com relação ao acompanhamento da tuberculose, além de fortalecer o acompanhamento no nível hospitalar.

Dessa forma, o fluxo de atendimento ao indivíduo que interna no hospital aqui estudado teria o seu início com o diagnóstico e notificação do caso e só se encerraria com a garantia da continuidade pela APS após a alta hospitalar (FIGURA 6).

Dentre os profissionais envolvidos, destacam-se os enfermeiros das unidades de internação e o enfermeiro da Epidemiologia Hospitalar que deverão trabalhar em conjunto para que esse modelo funcione.

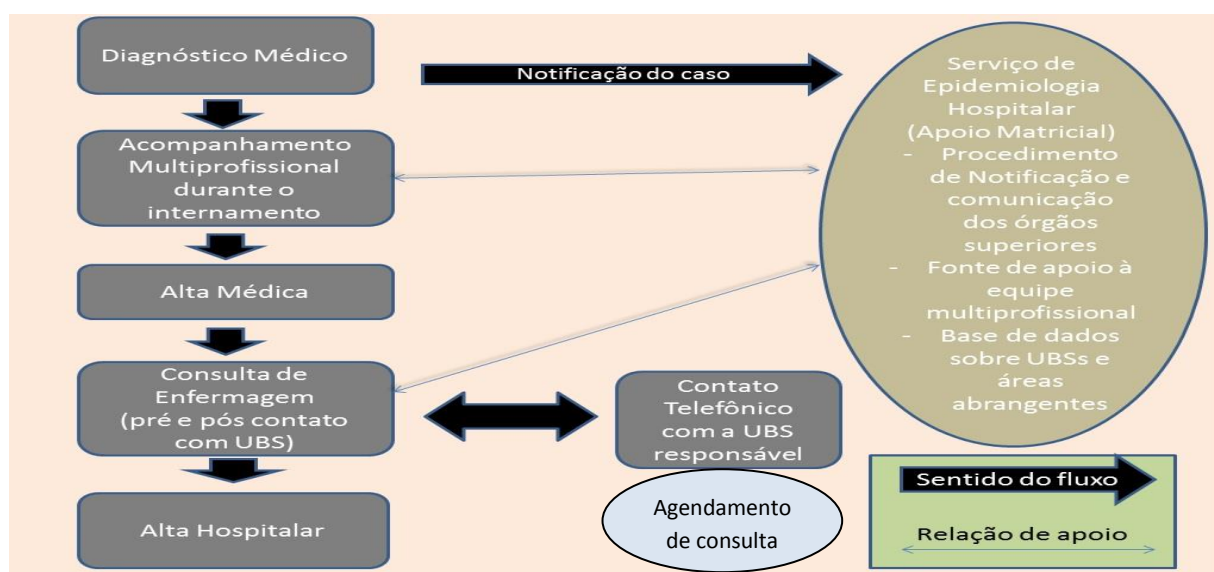


FIGURA 6: MODELO PROPOSTO DE GESTÃO DO CUIDADO DA TB NO HC-UFPR
FONTE: A AUTORA (2014)

Como se pode visualizar, esse modelo pretende atuar na superação da lacuna existente entre o hospital e a APS e para isso se concentra em ações que os enfermeiros deverão realizar no período entre a alta médica e a alta hospitalar.

Vale reforçar que esse novo fluxo não elimina o fluxo atual existente, realizado principalmente pelo Serviço de Epidemiologia com a condução da transferência do caso no SINAN e na comunicação formal com a secretaria de saúde do município. Essa proposta se apresenta como uma soma ao que já existe, atuando na relação entre o enfermeiro da unidade de internação, o usuário internado e o enfermeiro da UBS que irá dar continuidade ao tratamento, ou seja, trata-se de uma aproximação entre os atores envolvidos para agilizar o processo e reduzir interferências.

Entende-se que a integração dos níveis dos serviços de saúde colabora para o desenvolvimento de uma política de saúde que contemple o indivíduo dentro de seu contexto social, intervindo em sua realidade com efetividade. Olhando com mais atenção para as variáveis que determinam a adesão dos indivíduos ao tratamento, foi possível planejar uma intervenção eficaz, entendendo que os serviços de saúde precisam reconhecer os indivíduos como atores histórica e socialmente determinados.

Portanto, o modelo de atendimento aqui proposto traz consigo a efetivação do papel dos enfermeiros das unidades de internação como protagonistas da Gestão do Cuidado da Tuberculose, na medida em que apresenta a eles a função de conduzir o processo de alta hospitalar por meio de dois eixos principais: a consulta de enfermagem e o contato telefônico com a UBS.

Dessa forma, os enfermeiros passariam a ser responsáveis por comunicar a alta para o Serviço de Epidemiologia Hospitalar e contatar o enfermeiro da UBS em que o usuário dará continuidade do tratamento. Nesse contato todas as informações do caso seriam transmitidas e a primeira consulta do usuário na UBS já seria agendada, tornando o processo de continuidade do tratamento mais efetivo.

A consulta de enfermagem também se constitui como pilar desse modelo, na medida em que é por meio dela que os enfermeiros irão estreitar a relação com o usuário, detectando necessidades e fragilidades e promovendo o empoderamento.

Esse modelo de Gestão do Cuidado propõe as linhas gerais da nova organização do processo de trabalho dos enfermeiros do hospital que atendem

usuários com Tuberculose, sugerindo o compartilhamento de responsabilidades entre as unidades de internação e o Serviço de Epidemiologia Hospitalar.

Nesse sentido, o enfermeiro do Serviço de Epidemiologia Hospitalar atuaria como apoio matricial para os enfermeiros das unidades de internação que regem casos de TB em seus setores. Esse enfermeiro se comportaria como um especialista e centralizador, dando suporte para a direção do caso, pois estaria apto a tirar as dúvidas existentes entre os outros enfermeiros além de fornecer as informações necessárias sobre o contato da UBS.

Assim, o cuidado seria diretamente prestado pelos enfermeiros das unidades de internação por meio de dois eixos principais: a consulta de enfermagem e o contato telefônico com a UBS. O apoio consultivo do enfermeiro do Serviço da Epidemiologia Hospitalar agregaria eficácia na condução do caso durante o internamento e principalmente no momento da alta hospitalar.

7.1 GESTÃO DO CUIDADO: A CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA A ALTA HOSPITALAR

Pereira *et al.* (2007) comentam em seu estudo que muitas vezes as atividades dos enfermeiros no momento da alta hospitalar se limitam a confirmar as orientações dadas pelo médico e realizar atividades burocráticas como anotações no prontuário e notificações. Essa observação encontra reconhecimento nos resultados do presente estudo que identificou nos enfermeiros desse hospital o mesmo tipo de atividade.

Apesar de o planejamento da alta hospitalar ser considerado um processo de responsabilidade interdisciplinar, o enfermeiro apresenta-se como ator fundamental tanto na identificação das necessidades em saúde dos doentes quanto na educação em saúde do usuário e de sua família (SUZUKI, CARMONA, LIMA, 2011).

Nesse sentido, entende-se como essencial que esse profissional dedique um tempo para a coordenação do planejamento da alta e para a atenção direta ao usuário, e aqui se propõe a Consulta de Enfermagem como estratégia na Gestão do Cuidado da TB nesse momento tão importante que é a alta hospitalar.

O potencial da Consulta de Enfermagem como estratégia para um cuidado efetivo oferece inúmeras vantagens na detecção de necessidades, promoção da saúde e prevenção de situações evitáveis. Mais do que isso, a Consulta de Enfermagem viabiliza o trabalho do enfermeiro no atendimento aos usuários, auxiliando na identificação de problemas, necessidades e fragilidades, o que possibilita a tomada de decisões e condutas (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Portanto, como um dos eixos do modelo de Gestão do Cuidado desse estudo, a Consulta de Enfermagem tem seu papel em destaque, pois coloca o enfermeiro mais próximo do doente de TB e lhe possibilita planejar o processo de alta hospitalar de maneira adequada.

Foi percebido nos resultados do presente estudo uma distância dos enfermeiros em relação aos indivíduos internados, o que tende a dificultar a condução do processo de alta e com a Consulta de Enfermagem isso inclina a redução. Dessa maneira no modelo de Gestão do Cuidado aqui proposto, o enfermeiro da unidade de internação, ao ser comunicado da alta médica, deve realizar a Consulta de Enfermagem.

Dessa maneira, essa consulta deve ter como objetivo um diagnóstico sobre o estado em que o usuário ali internado se encontra, com suas necessidades, fragilidades e potencialidades. Essas informações precisam subsidiar tanto o próprio enfermeiro do hospital, na escolha dos assuntos que devem ser abordados e nas ações que precisam ser realizadas antes que o usuário deixe o ambiente hospitalar, quanto o enfermeiro da UBS em que o doente vai dar continuidade ao tratamento, para que este possa planejar a atenção que irá dar.

Nesse modelo, após essa consulta o enfermeiro ainda irá retornar com um último contato com o usuário, quando irá entregar os medicamentos a ele além de fornecer todas as informações que ele precise, para compreender melhor seu processo de adoecimento e tirar dúvidas quanto a continuidade de seu tratamento.

Portanto, a Consulta de Enfermagem no modelo proposto precisa ter a fluidez e flexibilidade, abrangendo um, dois ou mais momentos com o usuário, pois precisa realizar diagnóstico, educação em saúde e ações necessárias.

7.2 GESTÃO DO CUIDADO: O CONTATO DIRETO COM A UBS

A Gestão do Cuidado, principalmente quando trata de um agravo como a Tuberculose, que exige cooperação de inúmeros atores, precisa garantir que na dimensão organizacional o processo de coordenação do cuidado seja efetivo em todos espaços. Nesse sentido, as questões relativas aos registros, arquivos, prontuários e ao uso dessas informações devem se conformar dinamicamente de maneira a produzir espaços de diálogo entre os diferentes atores envolvidos no processo gerando a corresponsabilização desses (BARRETO *et al.*, 2012).

Dessa maneira, o modelo aqui proposto entende a necessidade de suprir uma lacuna existente no atual sistema do município de Curitiba na condução do tratamento da Tuberculose, o processo de alta hospitalar e admissão na UBS.

Conforme percebido nos resultados outrora apresentados, os enfermeiros do hospital não apresentam praticamente nenhum contato com os enfermeiros da APS, e quase a totalidade deles apresenta a falta de informações como um dificultador no processo de acompanhamento nos casos de TB. As informações que os enfermeiros da APS dispõem são aquelas que os próprios usuários relatam e/ou trazem consigo por meio de alguns papéis. Essa questão traz consigo uma dificuldade de planejamento da assistência e pode inclusive induzir a erros, como equívoco sobre a fase de tratamento em que o usuário se encontra, o não cuidado com possíveis interações medicamentosas pela presença (desconhecida) de comorbidades ou mesmo a não avaliação de possíveis contatos. Portanto, realizar a Gestão do Cuidado da TB nesse estudo implica em atuar nesse hiato.

Nesse sentido, Perrechi e Ribeiro (2009) relatam que a ausência da integração entre o hospital e a APS interfere negativamente para a cura dos acometidos por TB e que o hospital precisa monitorar o percurso percorrido pelo usuário desde sua saída até sua chegada na UBS para garantir a eficácia do acompanhamento. Esse monitoramento implica na existência de um sistema de comunicação seguro, que vá além dos mecanismos burocráticos e garanta a real transmissão de informações sem interferências e ruídos.

Por isso o modelo de Gestão do Cuidado aqui proposto apresenta como segundo eixo o contato telefônico entre o enfermeiro do hospital e o enfermeiro da UBS. Esse contato tem o intuito de garantir que o enfermeiro da APS responsável

pela continuidade ao tratamento do usuário que está tendo alta hospitalar tenha acesso a todas as informações que julgue necessárias para a condução do acompanhamento.

Em primeiro lugar, com esse contato o enfermeiro da APS não seria mais surpreendido pela procura espontânea do usuário, pois já saberia que este estaria recebendo a alta hospitalar, ficando preparado para sua recepção. Em segundo lugar, ao conversar diretamente com o enfermeiro que acompanhou o usuário até o momento, o enfermeiro da APS conseguiria obter todas as informações sobre seu caso e singularidade, ficando apto a planejar um cuidado individualizado, com maior probabilidade de sucesso. E por último, nesse contato fica viável o agendamento da primeira consulta de enfermagem que será realizada na UBS, pois o enfermeiro de lá pode marcar a data e fornecer ao enfermeiro do hospital, que informará o usuário sobre tal consulta, facilitando o atendimento inicial na UBS.

O agendamento da consulta poderá servir como parâmetro de controle para a APS, visto que se o usuário faltar a esse compromisso uma visita domiciliar poderá ser programada como busca ativa, evitando a interrupção no tratamento.

Assim, com essa estratégia a continuidade do tratamento na APS seria facilitada e os anseios dos enfermeiros desse nível da atenção seriam reduzidos, visto que a falta de informação e a surpresa da chegada do usuário foram citados nesse estudo como problemas atuais na condução de casos de TB advindos do hospital.

Vale ressaltar que na dimensão organizacional do cuidado, na qual está inserida a proposta, a comunicação entre atores e a coordenação do processo de trabalho depende da cooperação de todos os envolvidos, constituindo desafio para a Gestão do Cuidado sugerida.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que existam inúmeras estratégias para o controle da tuberculose, os indicadores desse agravo encontram-se estacionados há vários anos e apesar da importante redução dos casos na última década, os índices de abandono ainda não chegaram ao aceitável. Com isso se percebe que os atuais programas de saúde não são suficientes e métodos automatizados, rígidos e impessoais não têm alcançado êxito.

Por esse motivo, considerou-se a Gestão do Cuidado da TB centrada na alta hospitalar como alternativa ao acompanhamento padrão, pois possibilita a integração efetiva com a Atenção Primária à Saúde, garantindo assim, acesso e continuidade do tratamento.

Assim, a partir do alcance do objetivo proposto, pôde-se perceber a maneira pela qual a Gestão do Cuidado pode contribuir para o vislumbre de um cuidado mais próximo da integralidade ao portador de TB que necessita de internação hospitalar durante seu tratamento, por meio da articulação entre os níveis da assistência à saúde que pode possibilitar ininterruptão do tratamento e com isso promover a redução do abandono e adesão à terapêutica.

Nesse contexto, os indivíduos acometidos por tuberculose ganhariam maior oportunidade de se reestabelecer, retomando sua saúde e suas relações de maneira plena e saudável. Também poderiam manter o vínculo criado com o serviço de saúde, se beneficiando não apenas no tratamento de uma doença, mas da construção ampliada de sua cidadania.

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, seriam extremamente beneficiados, pois circulariam pelos níveis de atenção com maior facilidade, garantindo que nenhuma informação pertinente se perderia, o que possibilitaria o planejamento do cuidado adequado. Vale salientar que acréscimos no número de profissionais enfermeiros, principalmente no hospital, é extremamente recomendado diante do quadro atual, para que as ações e a coordenação desse modelo possam ser efetivas.

Epidemiologicamente, o êxito da proposta poderia trazer ganhos incalculáveis, visto que qualquer redução nos índices e taxas de um agravo como este traz consigo a percepção de efetiva reversão de modelos assistenciais não

resolutivos, bem como a possibilidade de uma população mais saudável e em pleno exercício de sua cidadania, por meio da efetivação dos princípios do SUS.

Ademais, um piloto desse modelo encontra-se preparado para ser realizado, porém o tempo para conclusão desse trabalho foi insuficiente para sua efetivação. Portanto, coloca-se como uma possibilidade futura a sua realização, bem como a intenção de implantação definitiva, em conjunto com os gestores responsáveis.

REFERÊNCIAS

ALVES, R.S. *et al.* Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 650-657, jul./set. 2012.

ALMEIDA, P.F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ASSIS, E.G. *et al.* A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 111-118, 2012.

BARBOSA, I.G. **Os motivos do enfermeiro para a inserção em cursos lato sensu sob o olhar da complexidade.** 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BARRETO, A.J.R. *et al.* Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 7, p. 1875-1884, 2012.

BATALHA, E.; MOROSINI, L. Atenção aos esquecidos. 18º Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária. **Rev.Radis**, Rio de Janeiro, n. 124, p. 09-16, jan2013. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/124/reportagens/negligencia-que-faz-mal-saude>. Acesso em: 13/03/2013

BERENDSEN, A.J. *et al.* Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface – a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v.62, n.9, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf. Acesso em: 17/09/2013

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**,

Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 26/06/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: **Ministério Saúde**, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 15/05/2013

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf. Acesso em: 03/09/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde Tuberculose: Brasil reduz casos em 3,54% em 2011. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4567/162/tuberculose:-brasil-reduz-casos-em-354-em-2011.html> . Acesso em 20/02/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O que é HIV**. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>. Acesso em: 18/06/2013.

BRASIL. Portal da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Institucional**. 2013b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=4545&codModuloArea=783&chamada=svs-institucional>. Acesso em: 01/07/2013

BRASIL. Portal da Saúde. **Tuberculose**. 2013c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=43017&janela=1. Acesso em: 04/10/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Apresentação padrão 2014a. Disponível em:
<https://drive.google.com/file/d/0B0CE2wqdEaR-aVpiQzFqOUY1RjQ/edit?pli=1>
 Acesso em: 05/10/2014

BRASIL. Portal da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico - Tuberculose no Brasil**. v.44, n.2, 2014b. Disponível em:
<http://www.vigilanciaemsaude.ba.gov.br/sites/default/files/Boletim-Tuberculose-2014.pdf>. Acesso em: 20/09/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. SINAN. 2014c. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 02/11/2014.

BRUNELLO, M.E.F. *et al.* Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.2, p.176-182, 2009.

CALENDARIOBR: vacina BCG. 2014. Disponível em:
<http://www.calendariobr.com.br/dia-da-vacina-bcg#.VGFdQfl4qzk>. Acesso em: 01/11/2014.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 849-854, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev 2007.

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em:
<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>. Acesso em: 07/11/2013

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.15, n.37, p.589-599, abr./jun. 2011.

CECILIO, L.C.O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.13, supl.1, p.545-555, 2009.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul 2009.

CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set./out. 2004.

CRUZ, M.M. Histórico do Sistema de Saúde, proteção social e direito à saúde. In: GONDIM, R (Org). **Qualificação de gestores do SUS**. 2 ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. p.35-46.

CURITIBA. **Relatório de programas da SMS e atividades realizadas no SUS-Curitiba comparativo anual 2007/2008. Acompanhamento do plano operativo anual de 2008**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em:
http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a_secretaria/arquivos/comparativo_anual_2007_2008_final.pdf. Acesso em: 16/08/2014

CURITIBA. **Relatório de programas da SMS e atividades realizadas no SUS-Curitiba comparativo anual 2008/2009. Acompanhamento do plano operativo anual de 2009**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em:
http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a_secretaria/arquivos/comparativo_anual_2008_2009_final.pdf. Acesso em: 16/08/2014

CURITIBA. **Relatório de programas da SMS e atividades realizadas no SUS-Curitiba comparativo anual 2009/2010. Acompanhamento do plano operativo anual de 2010**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em:
http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a_secretaria/arquivos/comparativo_anual_2009_2010_final.pdf. Acesso em: 16/08/2014

CURITIBA. **Relatório de programas da SMS e atividades realizadas no SUS-Curitiba comparativo anual 2010/2011. Acompanhamento do plano operativo anual de 2011**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em:
http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a_secretaria/arquivos/comparativo_anual_2010_2011_final.pdf. Acesso em: 16/08/2014

CURITIBA. **Relatório de programas da SMS e atividades realizadas no SUS-Curitiba comparativo anual 2011/2012. Acompanhamento do plano operativo anual de 2012**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. Disponível

em:

http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a_secretaria/arquivos/comparativo_anual_2011_2012_final.pdf. Acesso em: 16/08/2014

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Relatório De Gestão - Janeiro A Dezembro de 2013**. 2013. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/RAG%20da%20SMS_SARGSUS_2013_Final.pdf. Acesso em: 05/05/2014

CURITIBA. Secretaria Municipal Da Saúde. Sistema Único De Saúde. **Relatório De Gestão - 2º Quadrimestre/2014** . 2014. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/SMS_Relato%3%rio%20de%20Gest%3%A3ol_2%C2%BAQuad14_vers%3%A3o%20final.pdf. Acesso em: 05/10/2014.

DALCOMO, M.P. Tratamento da Tuberculose Sensível e Resistente. **Pulmão RJ**, v.21, n.1, p. 55-59, 2012

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 2ª reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 195-223.

DUARTE A.S.C.; BRAGA, A.L.S.; BRAGA, S.N.S. A tuberculose pulmonar em ambiente hospitalar: uma revisão sobre o papel do enfermeiro. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 2714-2722, jan./mar. 2012. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1437/pdf_483. Acesso em: 20/04/2013

EGRY, E.Y. **Saúde Coletiva: Construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996

EGRY, E.Y.; HINO, P. **Las necesidades em salud em la perspectiva de la Atención Básica: guia para investigadores**. São Paulo: Dedone editorial, 2009.

FERRACIO, M.; CRUZ, R.A.; BIAGOLINI, R.E.M. Tratamento Supervisionado da Tuberculose: a opinião da equipe do Programa Saúde da Família. **Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 4, n. 14, p. 55-61, abr./mai. 2007.

FONSECA, R.M.G.S.; EGRY, E.Y.; BERTOLOZZI, M.R. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde doença. In: EGRY, EY; CUBAS, MR. **O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC**. Associação Brasileira de Enfermagem – seção Paraná; Curitiba: Ed. Mult-Graphic, 2006. p.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2008.

GALES, V.M.N.; ALMEIDA, M.M.M.B. Indicadores de morbimortalidade hospitalar de tuberculose no Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v.10, n.1, p. 331-336, 2007.

GUIMARÃES, R.M.; *et al.* Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. **J Bras Pneumol**, v.38, n.4, p.511-517, 2012.

GRABOIS, V. Gestão do Cuidado. In: GONDIM, R (Org). **Qualificação de gestores do SUS**. 2ed. Rio de Janeiro: EAD/ Ensp, 2011.p. 153-190.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliara implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, s. 2, p. 331-336, 2004.

HIJJAR, M. A.*et al.* Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, s. 1, p. 50-58, 2007.

HIJJAR, M. A.; PROCÓPIO, M. J.. Tuberculose – Epidemiologia e controle no Brasil. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 15-23, jul./dez. 2006.

HINNO, P.; *et al.* O controle da tuberculose na perspectiva da vigilância da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 417-421, abr./jun. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**. 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/> . Acesso em: 12/12/2014

KESHAVJEE, S.; FARMER, P.E. Tuberculosis, Drug Resistance, and the History of Modern Medicine. **The new england journal of medicine**. v. 367, n.10, p.931-936. Sep. 2012. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1205429>. Acesso em: 15/06/2013.

KOCHERGIN, C.N., et al. Linhas do cuidado e responsabilização no PSF de um município da região sudoeste da Bahia: um olhar analisador. In: ASSIS, M.M.A. (ORGs). **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador : EDUFBA, 2010.

KUSCHNIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM, R (Org). **Qualificação de gestores do SUS**. 2ed. Rio de Janeiro: EAD/ Ensp, 2011. p. 121-151.

LIMAS, F.M. et al. Determinação Social da Tuberculose: análise da realidade objetiva do agravo em um serviço de epidemiologia hospitalar. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.97-105, 2013.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação em saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACIEL, M.S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da tuberculose. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 226-230, mai./jun. 2012.

MAIO, M.C.; LIMA, N.T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1611-1613, jul. 2009.

MARQUIEVIZ J. *et al.* A Estratégia da Saúde da Família no controle da Tuberculose em Curitiba (PR). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 265-271, 2013.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática(ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MELO, F.A.F. Mudanças no perfil da tuberculose no país: uma nova realidade? **J Bras Pneumol.**, v.36, n.4, p.397-398, 2010.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, p.262-267, 2010.

MINNESOTA DEPARTMENT OF HEALTH. **Directly Observed Therapy (DOT) for the Treatment of Tuberculosis.** 2011. Disponível em: <http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/diseases/tb/dot.html#1>. Acesso em: 2/03/2013

MONROE, A.P. *et al.* Envolvimento de equipes da Atenção Básica à saúde no controle da Tuberculose. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 2. P. 262-267. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em 22/04/2013

MOURA, A.C.F.; RABELO, C.B.M.; SAMPAIO, M.R.F.B. Prática profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.61, n.4, jul./ago., 2008.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OBLITAS, F.Y.M. *et al.* O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.1, jan./fev., 2010.

OLIVEIRA, S.K.P.O. *et al.* Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.1, p.155-161, jan./fev., 2012.

PAIM, J.S. **O que é SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 56-58.

PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAIXÃO, L.M.M.; GONTIJO, E.D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.2, p.205-213, 2007.

PEREIRA, A.P.S. *et. al.* Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.40, n.5, p.40-45, jan./mar.,2007.

PERNA, P., NOLASCO, M.M. O Materialismo Histórico-Dialético e a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ação da enfermagem. **Trabalho Necessário**. a. 6, n.6, 2008[periódico online]Disponível em: <http://www.memorialapodi.com.br/biblioteca/epidemiologia/docs/Estudo%20,%20Materialismo%20Historico,dialetico%20e%20a%20Teoria%20da%20Intervencao%20Praxica%20da%20Enfermagem%20em%20Saude%20Coletiva%20,%20Paulo%20de%20Oliveira%20e%20Maria%20Nolasco.pdf> . Acesso em 07/11/2013.

PERRECHI, M.C.T.; RIBEIRO, S.A. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 35, n. 11, p. 1100-1106, 2009.

PILLER, R.V.B. Epidemiologia da Tuberculose. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 4-9, 2012.

PIRES, M.R.G.M.; GÖTTEMS, L.B.D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 294-299, mar./abr. 2009.

POMPEO, D.A. *et. al.* Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paul Enferm.**, v.20, n.3, p.345-350, 2007.

PORTAL ODM - Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. 2009. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/agenda-de-compromissos-dos-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio-2013-2016--bp--512--np--1.html>. Acesso em: 18/06/2013

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, s. 1, p. 43-49, 2007.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. Tradução de Marques, J. M.; Mendes, M. A.; Carvalho, M. 4.ed. Lisboa: Gradiva, 2005.

SÁ, L.D.et al. Tratamento da Tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 712-718, out./dez., 2007.

SÁ, L.D. et. al. Intersectorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.2, p., mar./abr., 2011.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, s. 1, p. 89-94, 2007.

SANTOS, N.R. SUS, política pública de Estado:seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. Análise do Quesito Raça/Cor a partir de Sistemas de Informação da Saúde do SUS". Boletim CEInfo Análise, a.6, n.5, mai. 2011. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo>. Acesso em: 07/11/2013.

SIGNIFICADOS de palavras: urbano, rural, periurbano. Disponível em: <http://www.significados.com.br/>. Acesso em: 20/10/2014.

SILVA, C.C.A.V.; ANDRADE, M.S.; CARDOSO, M.D. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 77-85, mar. 2013.

SILVA, A.C.O.*et al.* Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Rev EletrEnferm** [serial on line] , v. 9, n. 2, p. 402-416, mai./ago. 2007.Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a09.htm>. Acesso em: 18/03/2012.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradasde atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOTGIU, G.; SPANEVELLO, A.; MIGLIORI, G.B. History of Tuberculosis and Drug Resistance. Correspondence to the editor. **The new england journal of medicine**. v. 368, n.1, p. 88-89. Jan. 2013. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc1212308>. Acesso em: 19/08/2013.

SOUSA, S.S.; SILVA, D.M.G.V.; MEIRELLES, B.H.S. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 23-28, 2010.

SOUZA, K. Dizendo sim à vida. **Revista do Hospital**. Edição Especial. Curitiba, v. 1, p. 01-116, ago. 2011. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=node/1548>, Acesso em: 22/07/2013.

SOUZA, S.J.P. **A realidade objetiva das doenças e agravos não transmissíveis em trabalhadores de enfermagem: um estudo de caso**. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

SUZUKI, V.F.; CARMONA, E.V.; LIMA, M.H.M. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.2, abr., 2011.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 03/10/2013

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em Saúde Pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. São Paulo: Ed FioCruz, 2004.

TRIGUEIRO, J.V.S. et al. Controle da Tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 6, p. 1289-1296, nov./dez. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas. Site Oficial. Institucional. Histórico. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=node/65> Acesso em: 24/06/2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas. **Jornal do Hospital de Clínicas**. Edição Comemorativa do Cinquentenário do HC. Ed 134.

Ago. 2011a. Disponível em <http://issuu.com/hcufpr/docs/jhc134>. Acesso em 24/06/2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas. **Procedimento Operacional Padrão nº 25.14**. Serviço de epidemiologia. Anexo – tuberculose. 2011b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **7th Global Conference on Health Promotion**. Track One: Community Empowerment. Nairobi, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/index.html>. Acesso em: 01/07/2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis report 2014**. Geneva, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf?ua=1. Acesso em 11/10/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). Stop TB Partnership. **The Global Plan to Stop TB 2011-2015**. Geneva, 2011. Disponível em: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf. Acesso em: 21/01/2013

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Tuberculosis (TB). **The five elements of DOTS**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/>. Acesso em: 12/04/2013

APÊNDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIROS).....	116
APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIOS).....	118
APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS E INDIVÍDUOS EM TRATAMENTO POR TB PÓS ALTA HOSPITALAR.....	120

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ana Paula Cunha Coelho, pesquisadora, convido você, enfermeiro (a) a participar de um estudo intitulado “A GESTÃO DO CUIDADO DA TUBERCULOSE: INTEGRANDO UM HOSPITAL DE ENSINO A REDE BÁSICA DE SAÚDE”, parte da dissertação do Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR. As pesquisas promovem avanços na área da enfermagem e sua participação é fundamental.

O objetivo desta pesquisa é implantar a gestão do cuidado da tuberculose em um hospital universitário de Curitiba, integrando este com a rede básica de saúde para garantir o tratamento integral às pessoas acometidas por esse agravo. Para tanto, busca-se conhecer a realidade do tratamento atual pela ótica dos enfermeiros que cuidam dos casos.

Caso você participe da pesquisa realizaremos uma entrevista, a qual será gravada, no seu local de trabalho, ou outro, em dia e horário de sua escolha, com duração média de 40 minutos.

A sua participação é voluntária e por ela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa (deslocamento, reprodução de material, gravador, etc.) não são de sua responsabilidade.

A sua entrevista será áudio gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Ao final dela, você poderá conferir as anotações realizadas no instrumento de coleta de dados e atestar a veracidade dos registros feitos. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado.

As informações do estudo poderão ser inspecionadas pelo pesquisador e orientador e pelas demais pessoas diretamente ligadas à pesquisa. No entanto, em caso de divulgação em relatório ou publicação desta pesquisa, isto será codificado, e a confidencialidade mantida.

A pesquisadora Ana Paula Cunha Coelho poderá ser contatada para esclarecimentos sobre a sua pesquisa em horário comercial pelo telefone (41) 88555423, e-mail ana.anacoelho@gmail.com, ou endereço Rua Renato Polatti, 3539, Campo Comprido, Curitiba/PR.

As informações que você, participante, queira estão garantidas antes, durante e depois do estudo.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP, fone: (41) 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Entendi que o estudo não representará custos para mim e que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta me afete diretamente. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome: _____ Data ____/____/____

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome: _____ Data ____/____/____

(Assinatura do Pesquisador)

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ana Paula Cunha Coelho, pesquisadora, convido você, que já se tratou ou está se tratando de Tuberculose a participar de um estudo intitulado “A GESTÃO DO CUIDADO DA TUBERCULOSE: INTEGRANDO UM HOSPITAL DE ENSINO A REDE BÁSICA DE SAÚDE”, parte da dissertação do Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR. As pesquisas promovem avanços na área da saúde e sua participação é fundamental.

O objetivo desta pesquisa é implantar a gestão do cuidado da tuberculose em um hospital universitário de Curitiba, integrando este com a rede básica de saúde para garantir o tratamento integral às pessoas que adoeçam de tuberculose. Para isso, busca conhecer a realidade do tratamento atual pela ótica as pessoas que passam pelo processo de tratamento no hospital e na rede básica.

Caso você participe da pesquisa realizaremos uma entrevista, que será gravada, no local de sua escolha, em dia e horário previamente agendados, com duração média de 40 minutos.

A sua participação é voluntária e por ela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa (deslocamento, reprodução de material, gravador, etc.) não são de sua responsabilidade.

A sua entrevista será áudio gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato e privacidade. Ao final dela, você poderá conferir as anotações realizadas no instrumento de coleta de dados e concordar com os registros feitos. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado.

As informações do estudo poderão ser inspecionadas pelo pesquisador e orientador e pelas demais pessoas diretamente ligadas à pesquisa. No entanto, em caso de divulgação em relatório ou publicação desta pesquisa, isto será codificado, e a confidencialidade mantida.

A pesquisadora Ana Paula Cunha Coelho poderá ser contatada para esclarecimentos sobre a sua pesquisa em horário comercial pelo telefone (41) 88555423, e-mail ana.anacoelho@gmail.com, ou endereço Rua Renato Polatti, 3539, Campo Comprido, Curitiba/PR.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

As informações que você, participante, queira estão garantidas antes, durante e depois do estudo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP, fone: (41) 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Entendi que o estudo não representará custos para mim e que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta me afete diretamente. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome: _____ Data ____/____/____

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome: _____ Data ____/____/____

(Assinatura do Pesquisador)

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

APÊNDICE III

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARA ENFERMEIROS DO SETOR DE INFECTOLOGIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

- Nome (somente para facilitar ordenação dos dados do pesquisador – não será divulgado)
- Sexo/Idade
- Tempo de formação
- Tempo de atuação neste setor
- Escolaridade (Especialização, Mestrado, Doutorado)

2. PERGUNTA

Descreva detalhadamente como acontece um processo típico de alta hospitalar de pacientes portadores de Tuberculose em seu setor

Roteiro Invisível

- Alta para Curitiba, outros municípios e outros estados;
- Sistema referência-contrarreferência (contato com UBS responsável, encaminhamento formal, exames);
- Profissionais envolvidos (assistente social);
- Medicação (quantidade, orientações);
- Educação em saúde (remissão de sintomas X cura, (TDO), etc.);
- Família, contatos;
- Problemas, facilidades, dificuldades

PARA ENFERMEIROS DO SETOR DE EPIDEMIOLOGIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

- Nome (somente para facilitar ordenação dos dados do pesquisador – não será divulgado)
- Sexo/Idade
- Tempo de formação
- Tempo de atuação neste setor

- Escolaridade (Especialização, Mestrado, Doutorado)

2. PERGUNTA

Descreva detalhadamente como acontece um processo típico de alta hospitalar de pacientes portadores de Tuberculose

Roteiro Invisível

- Alta para Curitiba, outros municípios e outros estados;
- Sistema referência-contrarreferência (contato com UBS responsável OU DISTRITO SANITÁRIO, encaminhamento formal, exames);
- Medicação (quantidade, orientações);
- Família, contatos;
- Dificuldades/facilidades

PARA ENFERMEIROS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

- Nome (somente para facilitar ordenação dos dados do pesquisador – não será divulgado)
- Sexo/Idade
- Tempo de formação
- Tempo de atuação nesta unidade básica de saúde
- Tempo de atuação no Programa de Controle de Tuberculose
- Escolaridade (Especialização, Mestrado, Doutorado)

2. PERGUNTA

Descreva detalhadamente como acontece a recepção de pacientes portadores de Tuberculose vindos do Hospital de Clínicas da UFPR

Roteiro Invisível

- Sistema referência-contrarreferência (existe contato prévio, encaminhamento formal, exames);
- O usuário procura a UBS ou a UBS procura o usuário?;
- Medicação (o usuário vem com medicação suficiente para a continuidade sem interrupção?);
- Educação em saúde (o usuário compreende sobre seu processo de adoecimento e tratamento?);

- Tempo (quanto tempo após a alta você fica sabendo da existência de um usuário em tratamento?);
- Quem comunica sobre o caso?;
- Dificuldades/facilidades

PARA USUÁRIOS QUE PASSARAME PELO INTERNAMENTO NO HC

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

- Nome (somente para facilitar ordenação dos dados do pesquisador – não será divulgado)
- Sexo/Idade
- Tempo de internação e data da alta hospitalar do HC
- Tipo de Tuberculose
- Tempo de tratamento (se ainda não concluiu)
- Está em uso de qual medicação?
- É o primeiro tratamento?

2. PERGUNTA

Descreva detalhadamente como foi o seu internamento por Tuberculose, a alta hospitalar e a continuidade do acompanhamento na unidade de saúde

Roteiro Invisível

- Orientações recebidas;
- Medicação (quantidade suficiente, esclarecimentos);
- Cadastro na unidade de saúde;
- Procurou a UBS quantos dias após a alta?;
- Ainda tinha muitos sintomas?;
- Levou algum documento ou exame do hospital;
- Como foi recepcionado na UBS?;
- Dificuldades/facilidades

ANEXOS

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP-HC.....	124
ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP-SMS	127
ANEXO III – FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE TUBERCULOSE	130



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão do cuidado da Tuberculose: integrando um hospital de ensino à rede básica de saúde.

Pesquisador: Ana Paula Cunha Coelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17988713.1.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 375.036

Data da Relatoria: 27/08/2013

Apresentação do Projeto:

Esse estudo propõe a implantação da gestão do cuidado dos pacientes internados com TB, estabelecendo vínculo com eles e proporcionando maior qualidade na condução de seu tratamento, além de garantir recepção adequada na rede básica de saúde para continuidade pós alta hospitalar. Para tanto, traz a TIPESC como referencial metodológico do estudo, pois esta se propõe a intervir na realidade objetiva em constante transformação. Das cinco fases propostas por Egry (1996) serão realizadas as quatro primeiras, e na coleta de dados serão utilizados informantes-chave como participantes de pesquisa. Como resultado deste estudo espera-se maior qualidade na assistência aos pacientes com tuberculose e a redução do abandono do tratamento diante da continuidade do tratamento e da intervenção nas necessidades reais dos indivíduos.

Objetivo da Pesquisa:

Implantar a Gestão do Cuidado para a alta hospitalar de pacientes internados no cenário do estudo acometidos por Tuberculose.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 375.036

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a melhoria da qualidade no cuidado ao usuário do Sistema Único de saúde portador de tuberculose.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisa qualitativa de caráter exploratório.

O referencial metodológico utilizado para este estudo será a TIPESC (Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva), que propõe interpretar a realidade em constante transformação, bem como intervir e reintervir nela (EGRY, 1996).

Critérios de inclusão e exclusão apresentados adequadamente.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 375.036

CURITIBA, 28 de Agosto de 2013

Assinador por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão do cuidado da Tuberculose: integrando um hospital de ensino à rede básica de saúde.

Pesquisador: Ana Paula Cunha Coelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17988713.1.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 419.850

Data da Relatoria: 18/09/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo propõe a implantação da gestão do cuidado para pacientes com diagnóstico de Tuberculose, internados no Hospital de Clínicas, estabelecendo vínculo com eles e proporcionando maior qualidade na condução de seu tratamento, além de garantir recepção adequada na Atenção Primária à Saúde para continuidade do tratamento. Para tanto, traz a TIPESC como referencial metodológico do estudo, pois esta se propõe a intervir na realidade objetiva em constante transformação. Das cinco fases propostas por Egry (1996) serão realizadas as quatro primeiras, e na coleta de dados serão utilizados informantes - chave como participantes de pesquisa. Como resultado deste estudo espera-se melhoria na qualidade na assistência aos pacientes com tuberculose e a redução do abandono do tratamento.

Objetivo da Pesquisa:

Implantar a Gestão do Cuidado para a alta hospitalar de pacientes internados no cenário do estudo acometidos por Tuberculose.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo

Endereço: Rua Francisco Torres, 830

Bairro: Centro

CEP: 80.060-130

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3350-9450

Fax: (41)3350-9320

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA-SES



Continuação do Parecer: 419.850

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a melhoria do cuidado do portador de Tuberculose usuário do Sistema Único de Saúde

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisa qualitativa de caráter exploratório.

O referencial metodológico utilizado para este estudo será a TIPESEC (Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva), que propõe interpretar a realidade em constante transformação, bem como intervir e reintervir nela (EGRY, 1996).

Critérios de inclusão e exclusão apresentados.

Recomendações:

Sugerimos que no projeto seja substituído o termo "Rede Básica de Saúde - RBS - para Atenção Primária à Saúde - APS

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer realizado em conjunto com a Enfermeira Juliana Chaves - Centro de Epidemiologia - que compõe a equipe responsável pelo agravo no município.

CURITIBA, 09 de Outubro de 2013

Assinador por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Francisco Torres, 830

Bairro: Centro

CEP: 80.060-130

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3350-9450

Fax: (41)3350-9320

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

TUBERCULOSE PULMONAR: Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose.
TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para M. tuberculosis de material proveniente de localização extrapulmonar.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença TUBERCULOSE	Código (CID10) A 1 6. 9	3 Data da Notificação
	4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Nº do Prontuário	32 Ocupação		
	33 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência	34 Institucionalizado 1- Não 2- Presídio 3- Asilo 4- Orfanato 5- Hospital Psiquiátrico 6- Outro 9- Ignorado		
Dados Clínicos	35 Raio X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado	36 Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado		
	37 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar	38 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10- Outra		
Dados do Laboratório	39 Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Aids Alcoolismo Diabetes Doença Mental Outras			
	40 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) 1ª amostra 1 - Positiva 2 - Negativa 2ª amostra 3 - Não Realizada	41 Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada	42 Cultura de Escarro 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	
	43 Cultura de Outro Material 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	44 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado	45 Histopatologia 1 - Baar Positivo 4 - Em Andamento 2 - Sugestivo de TB 5 - Não Realizado 3 - Não Sugestivo de TB	
Tratamento	46 Data de Início do Tratamento Atual	47 Drogas 1 - Sim 2 - Não Rifampicina Isoniazida Pirazinamida Etionamida Etambutol Estreptomicina Outras		
	48 Indicado para Tratamento Supervisionado (TS/DOTS)? 1 - Sim 2-Não 9 - Ignorado	49 Número de Contatos Registrados	50 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome Tuberculose	Função Sinan NET	Assinatura SVS 18/05/2006	